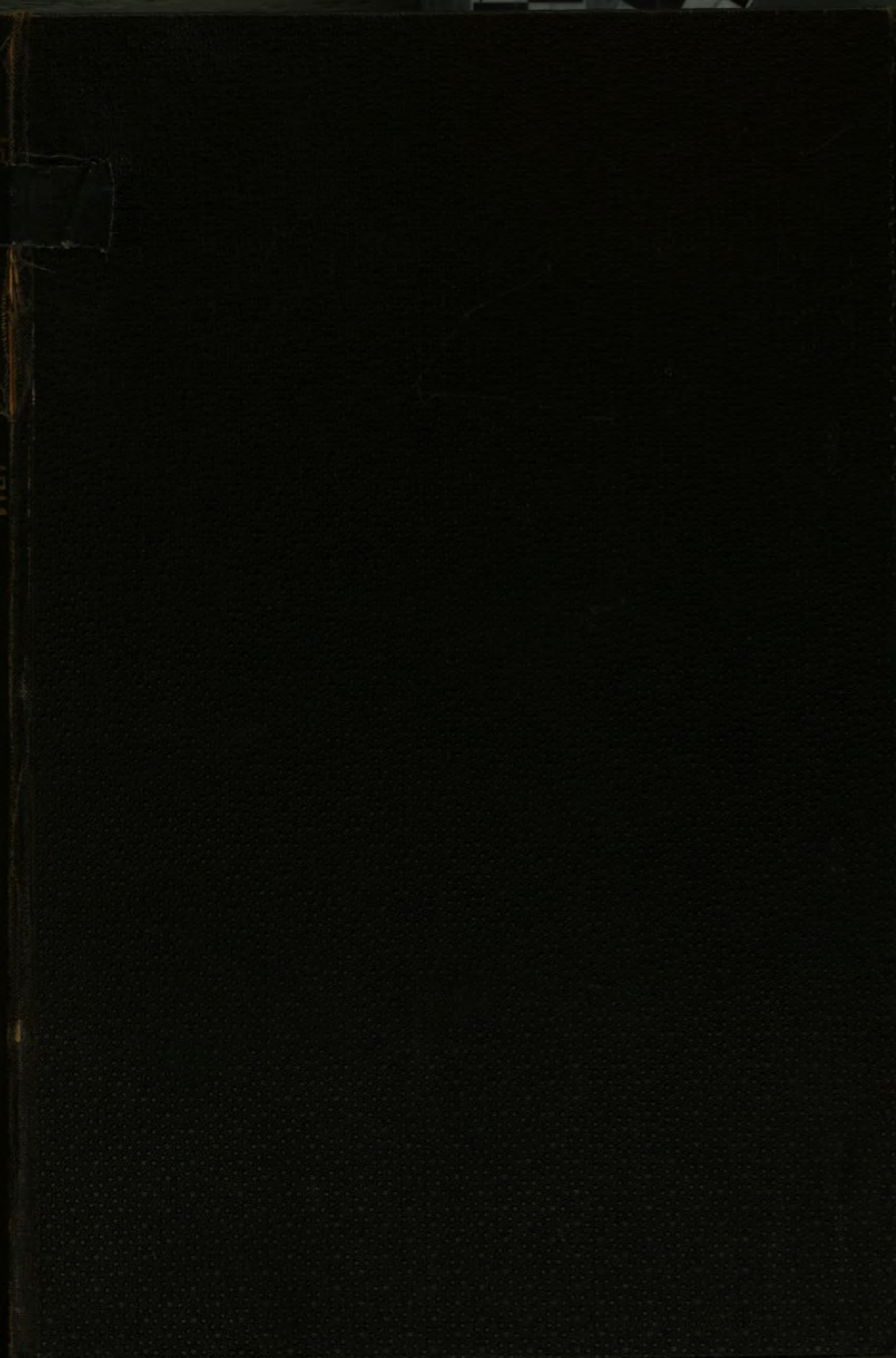
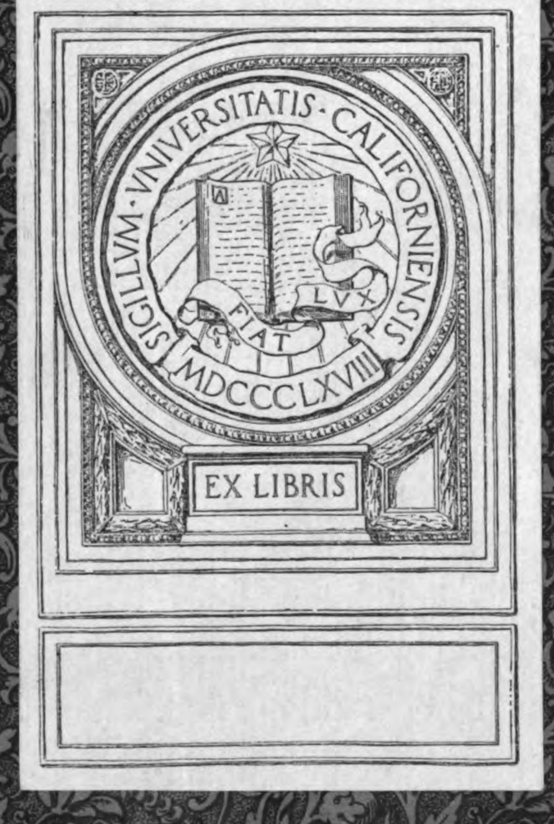



SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



Zentralblatt

für

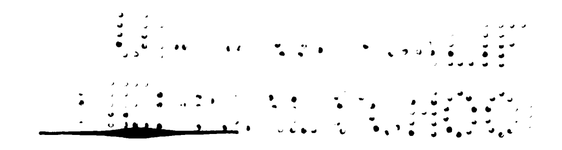
CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreißigster Jahrgang.



Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.

1903.

Originalmitteilungen.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 36, welche den Bericht über den XXXII. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)





Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 36, welche den Bericht über den XXXII. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)

// Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 1. Sonnabend, den 3. Januar. **1903.**

I.

Harte und weiche Paraffinprothesen.

Von

R. Gersuny.

Die Erwartungen, welche ich in bezug auf die vielfache Verwendbarkeit der subkutanen Paraffinprothesen gehegt habe, erweisen sich mehr und mehr als begründet. Auch die Hoffnung, daß die Methode durch ihre einfache Technik allmählich Gemeingut der Ärzte werden würde, scheint in Erfüllung zu gehen; wenigstens ist die Zahl der Publikationen über einschlägige Beobachtungen schon eine recht große. Nur einer meiner Wünsche war bisher vergeblich,

nämlich der, recht viele Variationen meiner eigenen Versuche durch andere gemacht zu sehen, denn bisher wurde meines Wissens nur in einer Richtung von der ursprünglichen Methode abgewichen, nämlich durch Verwendung etwas schwerer schmelzbarer Paraffine mit Hilfe von eigens für den Zweck konstruierten Spritzen.

Der Schlußeffekt der Injektion scheint der gleiche zu sein, ob man Vaselin (Ung. Paraffini von einem Schmelzpunkt zwischen 35 und 40° C.) oder ein schwerer schmelzbares Paraffin angewandt hat: eine knorpelharte Geschwulst von der Form und Größe des bei der Injektion angelegten Depots.

Die Benutzung des Vaselins bietet einen nicht gering zu achtenden Vorteil: daß man es mit einer gewöhnlichen Pravaz'schen Spritze in nichtflüssigem Zustande einspritzen kann.

Der Vorteil, den schwerer schmelzbare Paraffine bieten und der manchen Ärzten wichtig zu sein scheint, besteht darin, daß die injizierte Masse sogleich erstarrt. Die mehrfachen Nachteile will ich hier nicht erörtern. Der gerühmte größere Schutz gegen das Entstehen von Embolien ist kaum vorhanden; das harte Paraffin muß ja in flüssigem Zustande aus der Injektionsnadel in die Körpergewebe gelangen.

Ich gebe zu — bisher ist es nicht erwiesen —, daß in gewissen Fällen das raschere Erhärten der Prothese von Nutzen sein könnte: wenn es z. B. gelänge, bei Hernien (deren Operation aus irgend einem Grunde nicht tunlich ist) eine Injektion von härterem Paraffin in der Gegend der Bruchpforte direkt unter das Peritoneum zu machen, so könnte man eine Art Pelotte erzielen, welche die Bruchpforte decken und den Bruchsackhals nur durch eine enge, nicht dehnbare Öffnung durchtreten ließe. Eine solche Pelotte könnte das Wiederaustreten des vorher reponierten Bruchsackinhaltes mit ziemlicher Sicherheit verhindern.

Ich hatte bisher keine Veranlassung, Paraffin von höherem Schmelzpunkt zu verwenden. Das von manchen Seiten geäußerte Bedenken: eine Prothese von Vaselin könnte bei höherem Fieber ihres Trägers verflüssigt werden und dadurch ihre Dauerhaftigkeit verlieren, beruht auf einem Irrtum; denn das injizierte Vaselin wird nicht als ein homogener Klumpen von einer einfachen Bindegewebskapsel umhüllt, es wird vielmehr von Bindegewebe durchwachsen und dadurch in zahllose kleine Klümpchen zertrennt, von welchen jedes seine eigene Bindegewebskapsel hat, so daß nicht die Härte des Paraffins, sondern die Straffheit dieses neugebildeten Gewebes für die Härte und Haltbarkeit der Prothese maßgebend ist. Wie es sich in dieser Beziehung bei den Prothesen von schwerer schmelzbarem Paraffin verhält, ist mir nicht bekannt.

Zum Schutz gegen das Entstehen von Embolien genügt meines Erachtens die von mir stets vorausgeschickte Injektion von einigen Tropfen Cocainlösung oder Schleich'scher Lösung; wird nach dieser Einspritzung aspiriert oder nur die Spritze von der Nadel abgenommen,

so sieht man, ob aus der steckengebliebenen Nadel Blut hervorsickert. Wenn dies der Fall ist, so hat man Grund zu der Annahme, daß die Nadelspitze im Lumen einer Vene liegt, und injiziert an der verdächtigen Stelle kein Paraffin; kommt aber kein Blut aus dem Lumen der Nadel, so setzt man die Paraffinspritze an die in situ gelassene Nadel und kann getrost injizieren.

Wenn das Paraffin in ein besonders gefäßreiches Gewebe (z. B. in die Parametrien) eingebracht werden soll, so wendet man überdies noch die Vorsicht an, bei der ersten Injektion nur ein kleines Paraffindepot (z. B. 1,0 ccm) anzulegen; nach etwa einer Woche kann man in die Mitte des nun schon von infiltriertem Gewebe umgebenen Klümpchens einstechen und gefahrlos eine größere Paraffinmenge eintreiben. Derselbe Vorgang empfiehlt sich, wenn es gilt, in sehr lockeres Gewebe, welches der diffusen Ausbreitung der weichen Masse keinen Widerstand entgegensetzt, zu injizieren. Solche Verhältnisse findet man in dem lockeren Gewebe, das zwischen der hinteren Pharynxwand und den Wirbelkörpern liegt.

Paraffinprothesen, die mit einer Masse von höherem Schmelzpunkt als etwa 35° C. hergestellt sind, bezeichne ich, wie schon erwähnt, als harte, weil sie nach kurzer Zeit knorpelhart sind und so bleiben.

Es ist klar, daß solche Prothesen wegen ihrer Härte für gewisse Zwecke unbrauchbar sind, und ich habe deshalb in einigen Fällen den Versuch gemacht, weiche Paraffinprothesen zu erzielen und halte die so gewonnenen Resultate für bemerkenswert. Ich verwendete bei diesen Versuchen eine Mischung von einem Teile Vaselin mit vier Teilen Olivenöl (nicht Gewichtsteile, sondern Volumina). Diese Mischung wird jedesmal frisch bereitet und durch Kochen sterilisiert; sie ist bei Zimmertemperatur halbflüssig und mehr als die härteren Paraffine geeignet, bei der Injektion in die feinen Gewebsspalten einzudringen, also sich diffus zu verbreiten.

Ich hatte die Hoffnung, daß allmählich das verwendete Olivenöl durch Resorption verschwinden würde, unter Zurücklassung von zahlreichen kleinsten Paraffindepots, die in gleichen Abständen im Gewebe verbleiben und dort eingekapselt würden. Die Abstände dieser kleinen Partikel voneinander sollten das Konfluieren zu einer harten Platte verhindern; die zahlreichen Einkapselungsherde von kleinster Dimension sollten das Volumen des von ihnen durchsetzten Gewebes bleibend vergrößern und zugleich seine Konsistenz so weich erhalten, als es für den speziellen Zweck wünschenswert war.

Diese Voraussetzungen wurden durch die Verwendung der Öl-Vaselinmischung (4 : 1) bestätigt. Das aufs gerathewohl bestimmte Mengenverhältnis von Vaselin und Öl entsprach so gut, daß ich bisher keinen Anlaß zu Änderungen hatte, sondern alle meine Versuche mit der gleichen Mischung machte.

Zuerst wurden weiche Paraffinprothesen verwendet, um Narben am Halse, die durch ihre vertiefte Lage entstellten, ins

Niveau der benachbarten Haut zu heben. Dies gelang sehr gut, die Konsistenz der »Prothese« entsprach ziemlich genau jener des Gewebes, das ersetzt werden sollte: des subkutanen Fettgewebes. Auf Grund dieser Erfahrungen konnte ich die weiche Prothese in einem weit wichtigeren Falle erfolgreich verwenden, nämlich bei einer Hemiatrophia facialis sehr hohen Grades. Nachdem die Fossa canina und die tiefen Gruben ober- und unterhalb des Jochbogens durch harte Prothesen ausgefüllt waren verblieb noch eine arge Entstellung der Regio buccalis, deren Haut unmittelbar an der Wangenschleimhaut anzuliegen schien. Die ganze Gegend war eingesunken und in zwei Gruben getrennt durch einen Grat, der vom Mundwinkel schräg nach außen und oben zum Jochbein zog; dieser entsprach dem Musc. zygomaticus. Bei seiner Verkürzung wurde die von ihm emporgehobene Haut in Falten zusammengeschoben, die den Verlauf des Muskels rechtwinklig kreuzten und so jedes Lächeln zur Ursache noch ärgerer Entstellung machten. Die Verdickung der eingefallenen Backe durch die Injektion von Öl-Vaselinmischung gelang vollständig, die Konsistenz entsprach der der anderen Seite, das Mienenspiel war normal. Die Pat. wurde von Herrn Prof. Dr. Herm. Schlesinger in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 7. November d. J. vorgestellt. Es waren seit der letzten Injektion viele Monate verflossen, ohne daß eine Verschlechterung des anfänglich erzielten Zustandes zu bemerken gewesen wäre. In der Dicke der Backe glaubte ich verstreute kleine Knötchen durchtasten zu können.

Die Injektion geringer Mengen der Öl-Vaselinmischung unterhalb transplantierter Epidermislappen (nach Thiersch) hatte einige Male schönen Erfolg; es handelte sich um Fälle, in welchen die transplantierten Lappen durch ihre gelbliche Farbe von der umgebenden Haut grell abstachen (an der Nase, nach Abtragung von Rhinophyma), und um solche, in welchen überdies eine Niveaudifferenz zurückgeblieben war (nach Deckung des Stirnhautdefektes, der aus Anlaß einer Rhinoplastik gesetzt worden war).

Während der Injektion wurde die Farbe der Lappen fast genau so wie die der umgebenden Haut, und auch die Niveaudifferenz konnte beseitigt werden. Auch in diesen Fällen diente die »weiche Prothese« als Ersatz oder zur Bildung von subkutanem Gewebe.

Analog ist auch der Effekt der Injektion von Öl und Vaselin bei sehr entstellenden Blatternarben; bei solchen ist das auffallendste der Schlagschatten, der besonders bei seitlicher Beleuchtung jedes der Narbengrübchen dunkel einsäumt.

Spannt man eine Stelle der so veränderten Haut mit den Fingern straffer an, so werden die Grübchen flach gezogen, die Schlagschatten schwinden. Die Injektion hat eine ähnliche Wirkung durch die Vermehrung des subkutanen Gewebes, und überdies scheint durch Eindringen von Teilchen der eingespritzten Masse in das Gewebe der Cutis die Haut succulenter zu werden. Daß dies sich wirklich

so verhält, schien ein Fall zu beweisen, in welchem in der Stirnhaut aus unbekannter Ursache eine dunkelgraue Verfärbung von einiger Ausdehnung entstanden war. In der Meinung, daß Pigmentkörnchen in die Cutis eingelagert seien, versuchte ich die Injektion, welche ja die Haut etwas schwellen macht, und erzielte eine deutliche Besserung. Die Schwellung der Haut mußte ein Auseinanderrücken der Pigmentkörnchen bewirken und dadurch eine hellere Hautfarbe bedingen; ein ähnlicher Vorgang dürfte stattfinden, wenn bei sehr mageren Mädchen von bräunlicher Hautfarbe in den Jahren der Entwicklung reichlichere Fettbildung zu Stande kommt und zugleich die Hautfarbe heller wird.

Schon aus diesen wenigen Erfahrungen geht hervor, daß die Paraffineinspritzungen noch mancherlei nützliche Verwendung finden dürften.

Die Frage liegt nahe, warum für die weichen Prothesen nicht statt des Olivenöls Paraffinnm liquidum verwendet wurde?

Ich zog Olivenöl vor, weil seine Resorbierbarkeit erwiesen ist, während das Schicksal von Paraffinum liquidum im Gewebe bisher nicht genügend bekannt ist.

(Vielfache Anfragen haben Herrn Dr. Moszkowicz veranlaßt, die bei uns geübte Methode der Paraffineinspritzung genauer zu beschreiben, als es bisher geschehen ist. Die Arbeit, welche diese Beschreibung enthält, behandelt das ganze Thema der Paraffininjektionen ausführlich und wird demnächst in der Wiener klinischen Wochenschrift erscheinen.)

II.

Zur Orig.-Mitteilung des Herrn cand. med. Fritz Rehm: Vorschlag zur Vereinfachung der Naht bei Anwendung des Murphyknopfes (Zentralbl. f. Chir. 1902 Nr. 48).

Von

Prof. v. **Hacker** in Innsbruck.

Der von Rehm empfohlene Vorgang bei Einnähung des Murphyknopfes ist ein so naheliegender Ersatz der Tabaksbeutelnaht, daß ich vermute, daß derselbe bereits von verschiedenen Chirurgen bei den Operationen am Lebenden eingehalten worden sein dürfte. Allerdings wird in den Lehr- und Handbüchern, in denen ich nachschlug, bei Beschreibung der Technik der Anwendung dieses Knopfes nur die Schnürnaht angegeben und abgebildet.

Ich selbst bin bei allen Anastomosen, die ich am Menschen mit dem Murphyknopf ausführte, immer schon in der jetzt von Rehm vorgeschlagenen Art und Weise vorgegangen und bin mit den Resultaten sehr zufrieden. Ich muß aber hervorheben, daß ich womöglich durch die von den Rändern der Knopfscheibe aneinander-

gedrängten Darmpartien der Sicherheit wegen noch Serosanähte lege, dieselben aber in einzelnen dringenden Fällen auch ohne Schaden wegließ. Ich habe auch gelegentlich der Vorstellung eines Falles von Gastrotomie wegen eines Murphyknopfes, der längere Zeit nach der Gastroenterostomie aus den Magenwandungen herausgeschnitten hatte werden müssen, in der Sitzung der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck vom 2. Juni 1899 (s. Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 28) ausdrücklich hervorgehoben, daß ich bei Anastomose mit dem Knopf immer einen schlitzförmigen Schnitt ausführe, dessen Enden nach Einführung der Knopfhälften vernäht werden. Ich habe dort auch als Grund angegeben, daß durch die Tabaksbeutelnaht öfters zu viel Gewebe zwischen die Knopfteile zusammengezogen werde. Dadurch kann ein Schleimhautschlitz seitlich herausgedrängt, es kann das feste Zusammendrücken der Knopfteile verhindert werden, was einerseits die Operation verzögert und erschwert, andererseits für später den Nachteil haben kann, daß die Zwischenschicht zum Teil ernährt bleibt und entweder den Abgang des Knopfes verhindert (wie in meinem Falle) oder durch Zurückbleiben eines Diaphragmas zu einer Verkleinerung der Anastomosenöffnung führt.

Bei vollkommener Durchtrennung des Darmes (nach der Resektion z. B.) muß man sich jedoch, wenn man hier nicht überhaupt die circuläre Darmnaht vorzieht, öfters dennoch der Tabaksbeutelnaht bedienen. Oft ist nämlich hier der Unterschied des Durchmessers des Knopfes und des Darmes ein so großer, daß die beiderseitigen Nähte (auch wenn man mehrere ausführt) keinen so völlig sicheren Lumenverschluß nach dem Zusammenpressen der Knopfhälften garantieren, als eine angelegte Schnürnaht.

---

1) **Zupnik.** Über den Angriffspunkt des Tetanusgiftes.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 4.)

Eine Analyse der Tetanussymptome ergiebt zwei voneinander wesentlich verschiedene Hauptererscheinungen: 1) eine ununterbrochen andauernde, allmählich die gesamte Körpermuskulatur ergreifende Kontraktur oder Starre und 2) später eintretende, kurz anhaltende allgemeine Streckkrämpfe, die vom Zentralnervensystem ausgelöst werden und die ohnehin hochgradig kontrahierte Muskulatur zu noch stärkerer Kontraktion veranlassen. Die Muskelstarre verläuft stets in nachfolgender Regelmäßigkeit: beim spontanen Tetanus ergreift sie in der Regel zuerst die Muskulatur des Unterkiefers, dann des Nackens und des Rückens, der oberen und schließlich diejenige der unteren Extremitäten; beim experimentellen dagegen verbreitet sie sich von der Infektionsstelle, wie von einem Zentrum aus, gleichmäßig nach allen Richtungen. Erst in allerletzter Zeit ist es gelungen, die spontan auftretende Tetanusform von der Subcutis aus experimentell zu erzeugen. Man kann heute ganz nach Belieben

bei einer und derselben Tierart mit demselben Infektionsmaterial einmal den gewöhnlich spontan auftretenden Tetanus descendens, das andere Mal Tetanus ascendens erzeugen.

Die Untersuchungen, welche Z. zur Aufklärung der Entstehungsart dieser beiden Vergiftungsbilder im Laufe zweier Jahre vorgenommen hat, haben eine Reihe von Tatsachen ergeben, die im Falle ihrer Bestätigung geeignet sind, unsere ganzen heute geltenden Anschauungen über die Pathogenese des Tetanus zu ändern und infolgedessen eine über den üblichen Rahmen eines Referates hinausgehende Ausführlichkeit rechtfertigen dürften.

Nach Z. läßt sich ein Tetanus descendens von der Subcutis nur dann experimentell erzeugen, wenn das Infektionsmaterial in muskelfreie Gebiete gebracht wurde. Es kommen ferner lokale Kontrakturen bei spontanem Tetanus dann zum Vorschein, wenn die Verletzung bis an einen Muskel reicht oder sich in denselben erstreckt. Das Bild des experimentellen Tetanus ascendens ist von der Infektionsstelle abhängig; so bekommt man z. B. bei Impfungen einer hinteren Extremität das eine Mal eine Starre beider hinteren Extremitäten, das andere Mal dagegen eine bloß auf das geimpfte Bein beschränkte Kontraktur, je nachdem man in der Nähe der Schwanzwurzel oder in der Leistenbeuge geimpft hatte. Lange bestehende Muskelkontrakturen lassen sich weder durch Narkose noch durch Durchschneidungen der zugehörigen Nerven, noch durch Curarewirkung (Gumprecht) völlig beheben. Die allergiftigste von peripheren Injektionen ist die intramuskuläre; hier erzeugt dieselbe Dosis einen tödlichen Tetanus, die auch bei intravenöser Injektion als minimal tödliche Dosis gilt. Weit größere Dosen sind bei Injektion in muskelfreien Gebieten notwendig. Die Dauer der Inkubationszeit nimmt bei derselben Giftmenge und gleichschweren Tieren zu, je nachdem, ob intramuskulär, subkutan über einem Muskel oder in muskelfreien Gebieten injiziert wurde.

Diese Tatsachen zwingen zur Annahme, daß eine spezifische Beziehung zwischen Tetanustoxin und Muskelgewebe besteht; diese Affinität kann aber nur dann zur Geltung kommen, wenn der Muskel mit seiner zugehörigen motorischen Ganglionzelle in Verbindung steht.

Zahlreiche intracerebrale Toxininjektionen an Hunden, Katzen und Kaninchen boten niemals Erscheinungen, die nur im entferntesten an für Wundstarrkrampf charakteristische erinnerten, dagegen wurden als konstante Folgeerscheinung epileptoide Anfälle beobachtet. Dieses Ergebnis steht im völligen Gegensatz zu einer Arbeit H. Meyer's[1], der das Tetanusgift auf dem Wege der peripheren Nerven und wahrscheinlich ausschließlich auf diesem zu den Ganglienzellen des Zentralnervensystems gelangen und den Tetanus allein durch zentrale Wirkung mit Ausschluß jeder peripheren Affektion als sicher be-

[1] Chemische und medizinische Untersuchungen. Festschrift für M. Jaffé. Braunschweig 1901.

wiesen entstehen läßt. Die Widerlegung der von Meyer vertretenen Thesen durch Z. mögen Interessenten im Original nachlesen.

Von großer Wichtigkeit sind die Ergebnisse der Injektionen ins Lendenmark: Die minimale tödliche Dosis betrug bei dieser Art der Einverleibung etwa ein Fünfzehntel der für die Subcutis und die Muskeln als minimale, tödliche Dosis ermittelten Giftmenge. Ferner zeigte sich bei Injektionen von Giftmengen, die ganz nahe der tödlichen Rückenmarksdosis stehen, ein ganz eigenartiges Vergiftungsbild, das von Z. als Tetanus spinalis bezeichnet wird und in einer 15 bis 20 Stunden nach der Einspritzung auftretenden Reflexerregbarkeit der entsprechenden hinteren Extremität besteht. Dann folgen kurze, sekundenlang anhaltende reflektorische Streckungen derselben; nach einer gewissen Zeit stellen sich diese Erscheinungen auch an der anderen hinteren und später den beiden vorderen Extremitäten ein. Die leiseste Berührung des Tieres, ein Stoß gegen die Unterlage oder jedes lautere Geräusch rufen einen allgemeinen kurzen Streckkrampf hervor, der die Wirbelsäule und alle vier Extremitäten auf einmal ergreift. Von Zeit zu Zeit treten diese allgemeinen Streckkrämpfe auch spontan auf. Auf der Höhe der Erkrankung stellt sich allgemeine Parese ein. Dabei fehlt jede Spur von Trismus, von Opisthotonus, kurz jede Andeutung einer dauernden Starre irgend eines Muskels. Es ist ein Bild, welches das zweite Hauptsymptom des Wundstarrkrampfes, d. h. die allgemeinen Streckkrämpfe ganz rein zur Darstellung bringt.

Z. folgert aus seinen Untersuchungen: daß das giftige Prinzip des Tetanustoxins von peripheren Organen das Muskelgewebe, vom Zentralnervensystem bloß die motorischen Ganglienzellen des Rückenmarkes angreift. Dabei hat die Giftbindung von Seiten des Muskels allein Muskelstarre, diejenige durch die genannten Ganglienzellen ausschließlich vermehrte Reflexerregbarkeit und allgemeine Streckkrämpfe zur Folge. Die beiden Gewebsarten erhalten das Gift auf dem Wege der Blutbahn. Der lokale Tetanus wird durch direkte Bindung des Giftes verursacht. Die Ascendenz der Kontrakturen erklärt sich durch Fortleitung des Giftes in der Muskelsubstanz selbst, wobei anscheinend das Bindegewebe nur unterstützend wirkt, indem es das injizierte resp. gebildete Gift lange Zeit festhält und langsam an das Muskelgewebe abgiebt. Die Inkubation findet ihre Erklärung in der für den Ablauf chemischer Reaktionen zwischen dem Gift resp. seiner Vorstufe und den giftempfindlichen Geweben nothwendigen Zeit. Die geringen Giftmengen, die auf dem Wege des Bindegewebes peripherer Nerven in den Subarachnoidealraum gelangen, werden von hier aus nicht ans Rückenmark, sondern an die Blutbahn abgegeben, wie auch aus Ransom's Untersuchungen zu folgern ist. Der Giftkörper selbst kann entweder einheitlich sein — und dann sind die beiden voneinander total verschiedenen Vergiftungserscheinungen durch eine physiologische Verschiedenheit der giftbindenden Gewebsarten bedingt — oder es sind im Tetanus-

toxin zwei verschiedene Giftsubstanzen enthalten mit spezifischer Affinität der einen zum Muskelgewebe, der anderen zu den Rückenmarkszellen.

Die mitgeteilten Tatsachen eröffnen auch neue Gesichtspunkte für die symptomatische Tetanustherapie. Z. hofft, durch direkte Duralsack-Injektionen von die Reflexerregbarkeit des Rückenmarkes herabsetzenden Substanzen die allgemeinen Streckkrämpfe als das für den Pat. gefährlichere Symptom auszuschalten.

Zum Schluß giebt Z. noch eine Erklärung über die Entstehung der Erstsymptome beim Tetanus descendens, der gewöhnlich mit Trismus einzusetzen pflegt, eine Tatsache, die sich mit keiner der bis jetzt aufgestellten Tetanustheorien vereinigen ließ, so daß man sich mit der Annahme einer spezifischen Affinität der Trigeminuskerne zum Tetanustoxin behalf. Aber in einer gewissen Anzahl von Tetanus descendens-Fällen treten die ersten Symptome in der Rückenmuskulatur auf (Steifheit und Spannungsgefühl im Rücken).

Z. vermutet, daß rein mechanische Momente hier im Spiele sind. Weder die Kaumuskeln noch die Rückenstrecker besitzen Antagonisten, die den ersteren, nach erfolgter Kontraktur beider nur annähernd das Gegengewicht halten können. Z. will damit nicht ausdrücken, daß ein derartiges Gleichgewicht der Agonisten und Antagonisten an sonstigen Körperstellen bestehe, sondern nur auf das Mißverhältnis hinweisen, das hier in einem Grade wie bei keiner anderen größeren Muskelgruppe besteht. Nun gelangt das Tetanusgift von der Verletzungsstelle aus in die Blutbahn und wird — event. seine Muskelkomponente — gleichmäßig an die gesamte Körpermuskulatur abgegeben. Hier kommt es zur langsamen Anhäufung und chemischen Bindung. Hand in Hand damit nimmt der Tonus der Muskulatur zu und muß nach Erreichen einer gewissen Höhe nach Ansicht des Verf. dem Kranken am ehesten da zum Bewußtsein kommen und auch objektiv wahrgenommen werden, wo das größte oben genannte Mißverhältnis besteht.

Diese geistvolle Hypothese scheint in der That geeignet, am ungezwungensten die Entstehung des Trismus zu erklären, ohne den Tatsachen Gewalt anzutun. **Hübener** (Dresden).

---

2) **A. Nehrkorn.** Histologische und experimentelle Beiträge zur Frage der Schnittführung und Nahtmethode bei Laparotomien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

Verf. prüfte den Werth der verschiedenen Operations- und Nahtmethoden bei Laparotomien zunächst durch anatomisch-histologische Untersuchungen menschlicher Narben, welche er in 15 Fällen durch die Sektion nach vorausgegangener Laparotomie erhielt. Von den bearbeiteten Narben waren 8 durch Massennaht, 7 durch Etagennaht entstanden, letztere entweder in 3 Etagen — Bauchfell, Apo-

neurose, Haut — oder in 2 Etagen — alle tiefen Schichten und Haut — ausgeführt.

Als Vorzug der Etagennaht stellte sich heraus, daß die Annäherung der Aponeurose und auch der Muskeln durchschnittlich eine wesentlich bessere ist. Als Nachtheil zeigte sich die Bildung größerer und kleinerer Hämatome oberhalb und unterhalb der aponeurotischen Schicht als Folge des Zurücklassens todter Räume. In $^2/_3$ der Präparate wurde ferner insofern keine ideale Narbenbildung erreicht als die primäre Verklebung durch Aufstülpung der Aponeurosenränder und Ausfüllung des so entstandenen Trichters mit Fettgewebe erschwert wurde.

N. hat sodann noch Experimente an Hunden vorgenommen. Es wurden die mannigfachsten Nahtmethoden erprobt. Auf die Einzelheiten der Resultate kann hier nicht eingegangen werden.

Beide Untersuchungsreihen ergaben, daß die Aponeurosenwunden dann die besten Aussichten zu rascher und völliger Heilung haben, wenn primär ihre Wundflächen wieder lineär aneinander gepasst und zugleich Beeinträchtigungen der Ernährung durch Schnürung und Spannung vermieden werden. Je unvollständiger von vornherein die Adaption ist, desto geringer ist die Aussicht, daß ein verbindendes Zwischengewebe entsteht und dieses durch Neubildung sehniger Elemente die erforderliche Widerstandsfähigkeit bekommt.

Bei flächenhafter Anlagerung und vollständiger Berührung tritt ebenfalls durch Bildung sehnigen Gewebes eine homogene Verbindung ein, sowohl wenn korrespondierende, als auch wenn entgegengesetzte Flächen aneinander gelegt sind. Werden aponeurotische Flächen einander nur genähert, ohne genügend in Berührung zu kommen, so kann eine Heilung durch Regeneration sehniger Substanz kaum erwartet werden. **Blauel** (Tübingen).

---

3) **R. T. Morris.** A report of experiments made with Cargile membrane for the purpose of determining its value in preventing the formation of peritoneal adhesions.

(New York med. record 1902. Mai 17.)

Experimente an Kaninchen, worüber ausführlich berichtet wird, zeigen die Anwendung von Cargile's sterilisierter animalischer Membran zur Verhütung von peritonealen Adhäsionen. Ein dünnes »Goldschlägerhäutchen«, aus dem Peritoneum des Rindes hergestellt und der heißen Cumolsterilisation unterworfen, wurde über die des Endothels beraubte Fläche gelagert. Die Membran widerstand der Absorption mehr als 10 und weniger als 30 Tage und hält sich auch ohne Befestigung gut am Platze. Auch bei einem Pat. wurde nach Lösung von Netzverwachsungen anscheinend guter Erfolg erzielt.

Verf. fordert zu weiterer Anwendung auf, z. B. zum Ersatz der Dura mater. **Loewenhardt** (Breslau).



4) **Würth v. Würthenau.** Die modernen Prinzipien in der Behandlung der penetrierenden Bauchwunden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

Die Zusammenstellung der Statistiken aus den Jahren 1890 bis 1900 über die Behandlung penetrierender Bauchwunden ergibt, daß ein stetes Sinken der Mortalität eingetreten ist. Dabei zeigt sich, daß die exspektative Behandlung eine Mortalität von 27,5%, die operative eine solche von 28,6% aufweist.

Bezüglich der modernen Prinzipien in der Behandlung penetrierender Bauchwunden kommt Verf., vor allem unter Berücksichtigung der Erfahrungen auf dem südafrikanischen Kriegsschauplatze, wie sie von McCormac, Watson Cheyne und Küttner gewonnen wurden, zu dem Resultat, daß penetrierenden Bauchschußverletzungen der Kriege durch modernkalibrige Geschosse in erster Linie eine exspektative, konservative Behandlung, die Friedensverletzungen dagegen vor allem eine möglichst baldige operative Behandlung erheischen.

Die Ausführungen über die Einzelheiten in der Behandlung penetrierender Bauchwunden müssen im Original nachgelesen werden. Hervorgehoben sei, daß in der Friedenspraxis die Opium- und Morphiumtherapie vor Sicherstellung der Diagnose energisch verworfen, auf dem Schlachtfelde dagegen die Verabreichung von Opiaten empfohlen wird. Ferner wird zur Abkürzung des Eingriffes die Anwendung des Murphyknopfes, ausgenommen bei Dickdarmvereinigungen, und die einreihige Bauchdeckennaht mit tiefgreifenden Knopfnähten angeraten. **Blauel** (Tübingen).

---

5) **M. J. Rostowzew.** Die Rolle der Darmwürmer in der Ätiologie der Perityphlitis.

(Bolnjitschnaja Gazeta Botkina 1902. [Russisch.])

R. beschäftigte sich 1899 mit topographisch-anatomischem Studium der Blinddarmgegend. Bei einem an Erysipel gestorbenen Manne fand R. dabei in einem normalen Wurmfortsatz einen Ascaris lumbricoides. In 2 anderen Fällen wurden kleine Exemplare von Oxyuris gefunden; ein Wurmfortsatz war normal, der andere zeigte alte Verwachsungen. Von 278 Wurmfortsätzen enthielten 108 Kotpartikel, konnten also auch Eier von Darmwürmern enthalten. Endlich wurden 1890—1900 im weiblichen Obuchowhospital unter 163 Fällen von Perityphlitis nur 3mal Botriocephalus latus und Ascaris lumbricoides gefunden. Schlußsatz: Die Darmparasiten spielen nur eine sehr geringfügige direkte ätiologische Rolle in der Perityphlitis und eine sehr bescheidene indirekte — als Erzeuger von Darmerkrankungen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

---

6) **Dieulafoy.** Attendre pour opérer que l'appendicite soit »refroidie«, c'est exposer le malade à la mort.

(Presse méd. 1902. Nr. 55.)

D. veröffentlicht einen Fall von Appendicitis, den er am vierten Tage der Krankheit hat operieren lassen, und der weniger das Bild der Peritonitis als das der Allgemeinintoxikation geboten hatte. Bei der Operation wenig Flüssigkeit im Bauch, die Darmschlingen nicht verklebt, nur wenig belegt. Hinter dem Blinddarm ein kleiner Abszess, in welchem der nicht perforierte, aber teilweise brandige Wurmfortsatz liegt. Tod am 5. Tage nach der Operation. Hatten schon die klinischen Erscheinungen auf Allgemeinintoxikation hingewiesen, so bewies die mikroskopische Untersuchung der inneren Organe, daß weitgehende Degenerationen und Nekrosen der zelligen Elemente bestanden. Die Darmschlingen zeigten einen leichten fibrinösen Belag, nur im kleinen Becken ein Eßlöffel Eiter.

(Diese Formen der Peritonitis fanden wir nur bei reiner Streptokokkeninfektion; ein bakteriologischer Befund fehlt in der vorliegenden Arbeit. Ref.)

Auf Grund dieses unglücklichen Ausgangs empfiehlt D. die Operation während der Entzündung. Es sei nicht zu verwundern, daß im anfallsfreien Stadium operierte Kranke in der Regel gesund würden; das Gegentheil würde erstaunlich sein, da ja das schlimmste dann vorüber sei. Die Anhänger des Abwartens hätten also keinen Grund, auf diese Erfolge stolz zu sein. Alle diejenigen Kranken aber, welche der Infektion und der Intoxikation erlagen, ehe sie die »phase bienheureuse d'appendicite refroidie« erreichten, kämen noch auf die Rechnung der abwartenden Ärzte. Er wolle dem gegenüber feststellen, daß alle Appendicitis-Fälle, welche er vor Ablauf des zweiten Tages der Erkrankung habe operieren lassen, geheilt seien; vor Ablauf des dritten Tages Operierte seien fast alle geheilt; bei noch später Operierten stehe er für nichts, obwohl auch hier noch gute Erfolge erzielt werden könnten. Die Stimme eines so hervorragenden Internen fällt schwer in die Wagschale. Man wird sich aber doch nicht über die Tatsache hinwegsetzen können, daß man von 100 Kranken 80 operieren würde, die es weder jetzt noch später nötig haben, wenn man D.'s Rate folgte. Andererseits ist die Zahl der an vom Wurmfortsatz ausgehender Peritonitis Sterbenden bei uns augenblicklich wohl eben so hoch, wie die Zahl derer, die Verletzungen oder dem Puerperalfieber erliegen. Es handelt sich allerdings dabei ausschließlich um Fälle, die schon im späteren Stadium der Perityphlitis-Peritonitis ins Haus kommen. Es wäre also dringend erwünscht, ein diagnostisches Mittel zu haben, welches schon am zweiten Krankheitstage zu entscheiden erlaubte, ob operiert werden muß oder nicht. Die Leukocytenzählung ist in dieser Richtung ein entschiedener Fortschritt. Sie versagt jedoch gerade in den schwersten Fällen (Curschmann und Küttner), wie D.

einen beschreibt, und die nach unseren Erfahrungen auf Reininfektion mit Streptokokken beruhen. Bei diesen ist die Leukocytenzahl eher erniedrigt.

Bertelsmann (Hamburg).

---

7) **F. Bommarito** (Palermo). Su di un nuovo procedimento operatorio per erniotomia radicale nelle ernie inguinali.

(Clinica chir. 1902. Nr. 6.)

B. hat eine Modifikation der Bassini'schen Radikaloperation des Leistenbruches ersonnen und in einer Reihe von Fällen mit gutem Erfolge geübt. Bis zur Unterbindung und Resektion des Bruchsackes besteht kein Unterschied. Dann aber wird der Annulus cruralis möglichst freigelegt, ebenso das Ligamentum inguinale isoliert und nun von hinten her der Zugang zur inneren Öffnung des Schenkelringes freigemacht. Dann wird das Ligamentum inguinale schräg von innen nach außen durchschnitten. Nun legt B. den isolierten Samenstrang in den Cruralkanal und verschließt diesen oben wieder durch exakte Naht des Ligaments. Dadurch ist der Inguinalkanal völlig ausgeschaltet und kann fest verschlossen werden.

J. Sternberg (Wien).

---

8) **H. Reerink.** Experimente über Transplantationen am Magen.

(Beiträge zur allg. Pathol. und pathol. Anatomie 1900. Bd. XXVIII.)

R. hat durch Experimente an zwei Hunden den Beweis geliefert, daß es gelingt, ausgeschaltete Stücke des Dickdarmes, die mit ihrem Mesocolon im Zusammenhang gelassen sind, in Defekte der Magenwand einzuheilen, so zwar, daß das in den Magen transplantierte Darmstück weiter für sich bestehen bleibt und auch seine Funktionen weiter ausübt. Ein drittes Versuchstier, bei dem ein ungestielter Darmlappen in den Magendefekt eingenäht worden war, entging der erwarteten Perforationsperitonitis dadurch, daß sich ein Netzlappen über die Wunde legte und mit dem Magen verklebte. Die grobanatomischen und mikroskopischen Befunde sind durch drei Textfiguren und eine Tafel verdeutlicht. Die mit seinem Thema sich berührenden Publikationen hat Verf. eingehend berücksichtigt.

Hofmeister (Tübingen).

---

9) **Gibson.** The creation of an artificial valvular fistula a) for the treatment of chronic colitis, b) as an adjuvant to certain operations on the stomach.

(Boston med. and surg. journ. 1902. September.)

a) Bei chronischer, durch Medikamente nicht beeinflußbarer Ruhr und ähnlichen Zuständen geschwüriger Schleimhauterkrankung des Dickdarmes legt G. eine Fistel nach Art der Kader'schen Magenfistel im Blinddarm an und spült von dieser her den Darm mit den verschiedenen zur Heilung nötigen Flüssigkeiten aus, meist

Höllensteinlösung 1:20000, die allmählich stärker genommen wird. Die Flüssigkeit hat freien Abfluß durch ein Mastdarmspekulum. Ausführliche Mitteilung dreier auf diese Art erfolgreich behandelter Fälle, die monatelanger medikamentöser Behandlung Trotz geboten hatten. Was später aus der Fistel wird, ist nicht mitgeteilt, geht auch nicht aus den Krankengeschichten hervor.

b) Bei Gastroenterostomie sehr erschöpfter und ausgehungerter Personen empfiehlt G. die gleichzeitige Anlegung einer Dünndarmfistel, zur Ernährung ebenfalls nach dem Kader'schen Verfahren. Später kann man durch Entfernung des Drains die Fistel sich schließen lassen, trotzdem eine geringe Verengerung der Darmlichtung dadurch eintritt; da der Inhalt in diesem hohen Teil ganz flüssig ist, ist diese Verengerung nicht nachteilig.

Trapp (Bückeburg).

---

10) **E. Giordano** (Neapel). I risultati della laparotomia nei traumi del fegato.

(Clinica chir. 1902. Nr. 4—6.)

Exakte Nachforschungen haben G. in den Stand gesetzt, die Zahl der operativ behandelten Leberverletzungen als eine weit höhere festzusetzen, als die bisherigen Bearbeiter dieses Themas. Er konstatierte 257 Fälle, hiervon 37 eigene. Der Natur der Verletzungen nach waren es 138 Schnittwunden, 70 Schusswunden, 49 Rißquetschwunden mit 28 bezw. 31 und 24 Todesfällen. Die Resultate der Operation in diesen Fällen waren u. a. auch von dem Umstand abhängig, ob sich die Verletzung auf die Leber und die Bauchhöhle beschränkte, oder ob auch der Verdauungskanal affiziert war, speziell ob eine penetrierende Darm- oder Magenwunde vorlag, ferner ob der Brustkorb eröffnet wurde. Bei den Schnittwunden wechselte dementsprechend das Mortalitätsprozent zwischen 18 und 33, bei den Schußwunden zwischen 25 und 75. Viel wichtiger aber, als diese Statistik, ist die Übersicht über die Erfolge der operativen Therapie mit Rücksicht auf die Zeit des Eingriffes. Für 114 Schnitt- resp. Stichwunden wurde erhoben, daß der Eingriff innerhalb 6 Stunden erfolgte; auch bei 3 anderen, die noch am selben Tage operiert wurden, erfolgte Heilung. Für 60 Schußwunden ergab sich: bei sofortigem Eingriff (bis 8 Stunden) 39%, bis 3 Tage 50%, später 100% Mortalität; für 36 komplizierte Verletzungen bei gleicher Einteilung 31 und 87%. Schließlich bespricht G. noch die Technik der Operation, speziell die Blutstillung, welche ja noch immer im Vordergrunde der Diskussion betreffs der Operationen an der Leber steht. 7 Gruppen lassen sich danach unterscheiden, die durch die Verwendung des Thermokauters, des Heißwassers, der Forcipressur, der »Netztamponade«, der Naht, der Tamponade entstehen. Für die größten Gruppen, die beiden letzteren, ist die Mortalität im allgemeinen fast die gleiche, 27 und 28%, aber sie differiert bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Natur der Verletzung derart (Schnittwunden 17

und 29%, Schußwunden 64 und 29, Quetschungen 43 und 37%), daß G. zu dem Schlusse kommt: für die Schußwunden und Zerreißungen die Tamponade, für die Schnittwunden die Naht. Die anderen Thesen: Laparotomie und nicht exspektative Therapie, und rasches Eingreifen sind wohl allgemein angenommen.

J. **Sternberg** (Wien).

---

11) **L. Baldassari** (Ferrara). Esperimenti sull' emostasi epatica.

(Clinica chir. 1902. Nr. 1.)

B. ist schon bei seinen früheren Experimenten von dem Prinzip ausgegangen, zur präventiven und definitiven Blutstillung bei Operationen an der Leber Substanzen auf die blutende Oberfläche festzunähen, welche sowohl momentan die offenen Gefäße verschließen als auch geeignet sind, durchwachsen oder gar resorbiert zu werden, so daß das Organ versenkt und die Bauchhöhle geschlossen werden kann. Man hat zwar im Netz ein vortreffliches Mittel, diesen Forderungen zu genügen, muß aber gefaßt sein, daß sich Verwachsungen bilden, welche schwere Gefahren mit sich bringen können. B. hat mit dem entkalkten Knochen begonnen, der sich sowohl als Keil zwischen die Lippen einer Schnitt- oder Stichwunde (Italien!) als auch als Platte auf eine blutende Leberfläche bringen läßt. Die Kanälchen dürften für das rasche Durchwachsen des Bindegewebes von Bedeutung sein. Denn in frischen Fällen (2 bis 3 Wochen) war der Knochen von einer dichten, weißen Bindegewebsschicht umgeben; nach 45 Tagen war kaum mehr eine Spur vom Knochen vorhanden. Dem entsprachen auch die histologischen Bilder. Die Versuche, Netz und Darmwand von anderen Tieren zu nehmen, scheiterten an der schwierigen Sterilisation der letzteren, wie an der wesentlich herabgesetzten Widerstandsfähigkeit des ersteren. Dagegen bewährten sich Stücke der Arterienwand von Rindern ganz ausgezeichnet. Sie wurden nach Behandlung mit Alkohol fraktioniert, sterilisiert und teils in Kochsalz-, teils in 5%iger Chlorcalciumlösung aufbewahrt. Bald nach der — stets glatt erfolgten — Heilung blieb der Fremdkörper noch sichtbar und war von einer dicken, kräftigen Kapsel umhüllt; nachher aber wurde er im Volumen immer mehr verkleinert, weicher und verschwand schließlich vollständig. Auf dem Querschnitte war nur eine klare Narbenlinie zwischen den Lebergrenzen sichtbar. Auch hier waren die histologischen Details im Einklange mit dem makroskopischen Bilde. Endlich wurden Magnesiumplättchen verwendet. Die Resorption erfolgte innerhalb 5 Monaten; doch könnten die Kanten der Platten vielleicht benachbarte Organe schädigen.

J. **Sternberg** (Wien).

---

12) **G. Marwedel.** Wanderniere und Gallensteine.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

M. stellt in seiner Arbeit eingehende Betrachtungen darüber an, inwieweit zwischen Wanderniere und Erkrankung der Gallenwege ein Kausalzusammenhang bestehen kann. Einer Zusammenstellung von 14 Fällen aus der Literatur, bei welchen eine Wanderniere die durch Operation nachgewiesene Ursache für Ikterus bildete, folgen 4 Beobachtungen, welche M. selbst zu machen Gelegenheit hatte, und welche diesen Kausalzusammenhang gleichfalls zeigten. Die Beseitigung der Wanderniere wirkte auch hier heilend auf die Symptome der Erkankung der Gallenwege.

M. faßt die Ergebnisse seiner Betrachtungen in folgenden Sätzen zusammen:

1) Eine rechtsseitige Wanderniere kann alle Symptome eines Gallensteinleidens in Form von typischen Kolikanfällen, Stauung der Galle in der Gallenblase mit und ohne Ikterus hervorgerufen, ohne daß eine Erkrankung der Gallenwege selbst, insbesondere Gallensteine bestehen.

2) Die Störungen im Gebiete der Gallenwege, die die rechtsseitige Wanderniere in solchen Fällen erzeugt, entstehen entweder durch direkten Druck der rechten Niere auf die Gallengänge unter Anteversion des oberen Nierenpoles (wobei die Kompression der Taille durch Korsett etc. mithilft), oder durch Zug der sich senkenden Niere am Lig. hepatoduodenale (Weisker), in hochgradigen Fällen von Ren mobilis mitunter auch durch Zugwirkung der Niere am Duodenum.

3) Es ist nicht unwahrscheinlich, daß auf dem gleichen Wege im Anschluß an die rechtsseitige Nephroptose sich Gallensteine entwickeln können.

4) Es ist daher in differentialdiagnostischer wie in therapeutischer Hinsicht bei Pat., besonders bei Frauen mit Gallensteinsymptomen, wichtig, dem Verhalten der rechten Niere ein größeres Augenmerk zu schenken.

5) Bei Wanderniere mit Gallenstauung ohne Steinbildung ist von der Behandlung mit passenden Binden, vor allem aber von der Nephropexie Heilung zu erwarten. Für solche Fälle, wie überhaupt für alle einfachen Wandernieren bleibt die lumbale (extraperitoneale) Nephropexie die beste Methode.

6) Bei Komplikationen mit Gallensteinen, die eine Beseitigung durch Laparotomie erheischen (oder mit Appendicitis resp. anderen abdominalen Affektionen), empfiehlt sich gegebenenfalls die Ausführung der Nephropexie in der gleichen Sitzung vom Bauchschnitte aus, und zwar in Form einer Transfixation der Niere.

Blauel (Tübingen).



Kleinere Mittheilungen.

Ein eigenartiger Bruchsackinhalt.

Von

Dr. J. Wieting,

chir. Oberarzt am kaiserl. ottomanischen Hospital Gülhane zu Konstantinopel.

Wenn man eine lange Reihe von Hernien operiert hat mit stets gleich bleibendem anatomischen Befunde, dann kommt einem wohl bisweilen der Wunsch nach einer Abwechslung. Und diese Geduldsprobe belohnen ja die Hernien nicht gar selten, sie bieten mit einem Male dem chirurgischen Denken und auch wohl dem Handeln eine härtere Nuß. Hier in der Türkei bilden die Leistenbrüche sozusagen das tägliche Brot. Die außerordentliche Verbreitung dieses Leidens ist wohl weniger bedingt durch die harte Arbeit, wie sie z. B. die Hamals (i. e. Träger) verrichten, als vielmehr durch die viel Kot machende Nahrung und die Stuhlträgheit. Die Türken verzehren in großen Mengen Brot und Gemüse, defäzieren fast alle in mehrtägigen Pausen, die Bauchdecken sind oft außerordentlich schlaff und wenig resistent. Unter der großen Zahl der Hernien sind naturgemäß auch alle Varianten in Form und Inhalt vertreten, wie sie in den Lehrbüchern angeführt werden. Bei einer der letzten Operationen, einer doppelseitigen Herniotomie, aber begegnete ich einem Gebilde, dessen Natur mir durchaus unklar war und auch teilweise geblieben ist.

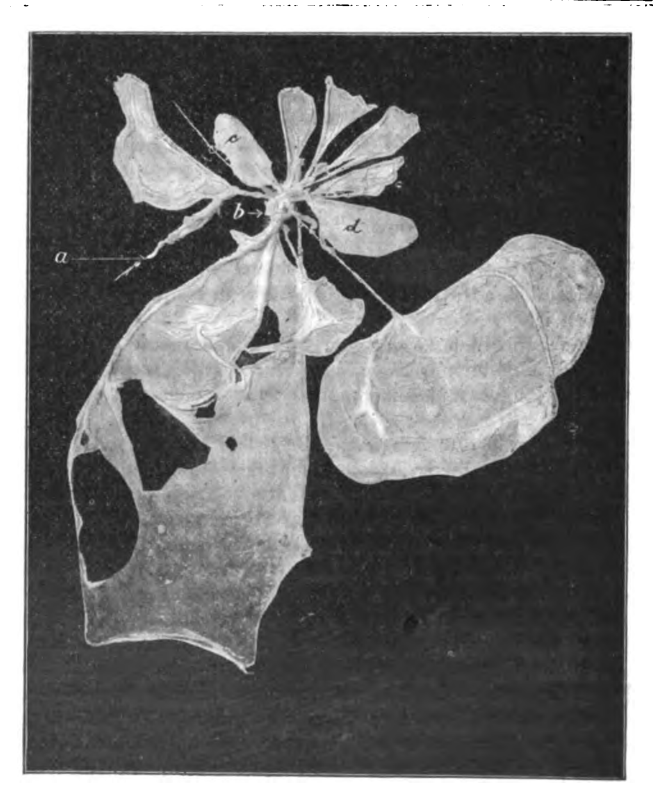
Es handelt sich um einen 25jährigen, wohlgebauten und gesunden Mann, der seit seiner Kindheit eine doppelseitige Hernie hat; die linksseitige ist etwa quittengroß, die rechtsseitige etwas kleiner; beide sind weich, reduktibel und geben Darmschall.

Bei der Operation, im übrigen nach Bassini ausgeführt, wurde folgender Befund erhoben nach wörtlicher Wiedergabe der von meinem türkischen Assistenten Reschad abgefaßten Krankengeschichte, der auch die Operation gemacht hat: »Zuerst, als wir die größere linksseitige Hernie operierten, fanden wir neben den Darmschlingen eine membranöse Masse, die frei im Bruchsacke lag und durch einen Strang in der Tiefe des kleinen Beckens fixiert war. Diese Masse war zur Hälfte in dem Bruchsacke, zur Hälfte in der Bauchhöhle gelegen; durch Zug an der ersteren ließ sich die ganze Masse leicht vorziehen. Als dann festgestellt war, daß diese Masse durch einen gleichartigen, membranösen, zusammengedrehten Strang im Vesiko-Rektalraum fixiert war, wurde der Strang abgebunden und das ganze Gebilde exstirpiert. — In der rechtsseitigen Hernie fand sich eine gleiche aber weniger umfangreiche Membran; diese war indessen nicht in der Bauchhöhle adhärent, sondern im Bruchsacke selber durch einige Fäden und membranartige Blätter. Netz fand sich nicht im Bruchsacke, sondern nur Darmschlingen, die vollständig frei und ohne Verwachsungen waren. Im Interesse des Pat. wurde auch nicht weiter nach dem Zustande des Netzes geforscht.«

Die beiden durch die Operation gewonnenen Gebilde sind einander in ihrer Struktur sehr ähnlich. Das kleinere (rechtsseitige) Stück hat eine flächenhafte Ausdehnung von etwa 25 : 50 cm und durchaus das Aussehen eines Amnions. Es ist vollkommen durchsichtig und gefäßlos; nur an einzelnen Stellen finden sich feinste lokale, länglich gestellte Verdickungen, die aber nicht nach bestimmtem Modus, etwa obliterierten Gefäßen entsprechend, angeordnet sind; oder es finden sich kleine rundliche, weiße Flecken von etwa Linsengröße und narbigstrahligem Bau, oder auch in ihrem Zentrum wieder eine helldurchsichtige Scheibe bietend. Diese Membran ist einfach, doch wird ihr eigentlicher Bau aus dem linksseitigen Gebilde klarer. An den Rändern sitzen mehrfache drehrunde Stränge, zusammengedrehte Membranen ihrer Natur nach.

Weit komplizierter erscheint das linksseitige Gebilde, es ist in der Fläche

wohl 3mal so groß als das erstere. Die untenstehende Abbildung möge es illustrieren: Der Stiel bei *a* saß im Vesiko-Rektalraume fixiert; er ist etwa kleinfingerdick und besteht aus gedrehten Membranen, die sich freilich nicht mehr entfalten lassen. Dieser Stiel führt zu einem sehr kompliziert torquierten Knoten (*b*), der gewissermaßen ein Zentrum bildet zu den radiär geordneten übrigen Bestandteilen. Der feste, derbe Knoten, der im Bruchsacke lag (ohne adhärent zu sein), ist ebenfalls aus zusammengedrehten Membranen gebildet; auf einem Durchschnitte sieht man, wie die Stränge fest zusammengedrängt sind und mehrfach eine knorpelartige Konsistenz angenommen haben. Von dem Knoten nun gehen etwa 9—12 weitere Gebilde aus, die entweder nur einfache gedrehte Stränge darstellen oder aber mit mehr oder weniger langem, gedrehtem Stiele sich inserieren und dann zu Membranen sich erweitern. Nimmt man die kleineren der Membranen zwischen die



Finger, so bemerkt man, daß sie aus 2 Lamellen bestehen, die voneinander frei verschieblich sind. Um dies näher zu erkunden, machte ich an 2 der Gebilde einen peripheren Einschnitt und führte ein Gebläse ein: Sofort blähten sich die Membranen zu Blasen auf, wie es bei *c* und *d* zu sehen ist. Es bestehen keinerlei innere Adhäsionen zwischen den beiden Blättern, aber auch keinerlei Undichtigkeiten, aus denen man etwa schließen könnte, daß der Zwischenraum einst mit flüssigem Inhalte gefüllt gewesen und dieser durch eine Ruptur abgeflossen wäre. Die Wand der 2 größeren Membranen ist einfach; doch ist es klar, daß auch sie anfangs zweiblättrig gewesen sind und sich jetzt nur im zerrissenen Zustande präsentieren; dasselbe ist von dem rechtsseitigen Gebilde anzunehmen. Die Struktur ist in allen Teilen die gleiche: eine feinste, durchsichtige, aber ziemlich feste Membran mit stellenweise feinen, streifigen Verdickungen und runden, bisweilen sehr flach kraterförmig aussehenden Herdchen; Gefäße fehlen vollkommen, und es

sind auch keine Reste davon vorhanden, die Membranen sind an dem Ansatzpunkte der Stränge ebenso fein wie an der Peripherie.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden Stückchen aus der wohl in Formol fixierten Membran ausgeschnitten; sie waren durch diese Präparation vollkommen zur direkten Untersuchung geeignet. Nach van Gieson gefärbt, bilden zahllose Bindegewebsbündel von verschiedener Stärke, sich mannigfach durchkreuzend und verflechtend, den eigentlichen Grundstock. An zelligen Elementen finden sich im Gewebe spärliche rundliche bis spindelförmige Zellen, die offenbar dem Grundgewebe angehören. Und außerdem, hier in weiteren Abständen einzeln stehend, dort zu wenigen Exemplaren vereinigt, nicht selten aber auch weite Flächen bedeckend, liegen Zellen mit größerem, etwas hellerem Kern und vieleckigem Protoplasmaleib. Die Zellen sind polygonal nebeneinander in einer Ebene geordnet und, wie sich durch Heben und Senken der Mikrometerschraube feststellen läßt, anscheinend nur auf einer Seite der Membran. Hier und da finden sich mehrkernige Zellen mit größerem, oft lange Fortsätze aussendendem Protoplasmaleib. An den runden, weißlichen Flecken ist das Bindegewebe etwas massiger gehäuft, strahlig gerichtet und so auf die wenigen vorhandenen Zellen längs gestellt und spitzoval geformt, während im durchsichtigen Zentrum wieder der ursprüngliche Bau der Membran zutage tritt. Nirgends sind Kapillaren oder größere Blutgefäße nachzuweisen, nirgends auch Nervenfasern.

Es wurden ferner aus dem dicken Strange (*b*) Querschnitte angefertigt: Er besteht aus eng zusammengedrängten Bindegewebsfasern, die in den makroskopisch wie glasiger Knorpel aussehenden Partien zu mehr homogenen Massen kondensiert sind. Kerne zeigen sich sehr spärlich, nur an einzelnen seitlich locker sitzenden Fäserchen als Belagszellen. Gefäße sind garnicht vorhanden, auch nichts, was daran erinnern könnte.

So schwer es nun immer ist, bei fortgeschrittenen Gewebsveränderungen noch die ursprüngliche Natur aus dem histologischen Bau zu bestimmen, so stehe ich doch nicht an, das beschriebene Gebilde histologisch als einen Abkömmling der Serosa aufzufassen. Dazu führt auch die weitere Überlegung betreffend die Entstehung des Gebildes. Es kann nicht von außen in die Bauchhöhle hineingelangt sein; mit einem Echinokokkussack z. B., an den man denken könnte, hat es gar keine Änlichkeit, und es fehlt hierfür auch jedes pathologische Merkmal. Ebensowenig hat die Annahme eines entwicklungsgeschichtlichen Ursprunges etwas Tatsächliches für sich, zumal keinerlei andere Entwicklungsstörung vorhanden ist. Weder von der Allantois noch vom Dottersacke ist ein solches Verhalten bekannt. Wenngleich für erstere ja der Ansatz am untersten Teile des Darmes zu verwerten wäre, ist doch die freie Entwicklung einer Blase beim Menschen nicht anerkannt, sie wächst von vornherein nur in Verbindung mit der vorderen Bauchwand; die Harnblase ist intakt. So bleibt nur die Möglichkeit, daß der Gebilde von der Serosa abstammt; denn es liegt innerhalb derselben, ist von ihr ganz umschlossen.

Wenn man die in Formol konservierten Membranen ansieht, haben sie genau das Aussehen einer vom Tierdarme abgezogenen Serosa, wie sie z. B. bei der Punktion seröser Pleuraergüsse zum Ventilabschluß der Kanüle gebraucht wird. Wie nun ist sie entstanden? Entzündliche Prozesse sind auszuschließen; fibrinöse, organisierte Pseudomembranen können in dieser Form und Ausdehnung nicht auftreten; zudem fehlen die Verwachsungen, ist der Bruchsack selbst intakt, sind die Intestina frei. Ein Bruchsack im Bruchsacke liegt nicht vor; denn wir haben ja gar keinen Sack, sondern ein feines, häutiges, zweiblättriges Gebilde. Aber was ist es nun? Es bleibt meiner Ansicht nach nur die Möglichkeit, daß wir es mit in den Bruchsack hineingezerrten, enorm ausgedehnten und veränderten Teilen des Peritoneum viscerale zu tun haben, wenn freilich auch diese Bildungsweise morphologisch nicht leicht sich vorzustellen ist.

Die Sache wird etwas einfacher, wenn man betreffend die Doppelseitigkeit annimmt, daß die in dem rechtsseitigen Bruchsacke sich findende Membran ursprünglich ebenfalls von dem eigentlichen, großen, linksseitigen Gebilde ausging, daß sie aus der Bauchhöhle durch den rechtsseitigen Leistenring trat, daß der

Stiel zerriß und eine neue lockere Anheftung in dem Bruchsacke sich herausbildete. Das läßt sich bei der Betrachtung der Photographie unschwer so deuten. Denken wir uns nun das Ganze auseinandergedreht, so können wir uns eine große zweiblättrige Haut vorstellen, aus der durch vielfache Abschnürungen, Einschnürungen und Torsionen jene komplizierte Figur entstanden ist. Das Ganze war ursprünglich im Bauche, und zwar an jenem Stiele, der in den Vesiko-Rektalraum führt, befestigt; die Wand besteht aus weitgedehnter Serosa, deren 2 Blätter sich aneinander verschieben lassen, zwischen denen aber eine Flüssigkeit anscheinend nie vorhanden war. Damit aber sind auch die einigermaßen begründeten Vermutungen erschöpft, und es geht ins Reich der Hypothese. Ist das Netz das Ausgangsgebiet, oder ist es ein anderer Teil des Peritoneums? Das Netz ist bei der Operation nicht zu Gesicht gekommen, also läßt sich über den derzeitigen Zustand desselben nichts sagen. Wäre jene Masse Netz, das durch Zerrung und Strangulation sein Fett verloren und seine Gefäße eingebüßt haben müßte, dann ließe sich der Ansatz im Vesiko-Rektalraum schwer erklären. Näher liegt die Möglichkeit, daß wir es mit einer enorm ausgedehnten Appendix epiploica zu tun haben. Das Fett wäre dann ebenfalls geschwunden, und so hätten wir zwei aneinander verschiebbare Serosablätter; die spärlichen Gefäße, die meist in dem interserösen Fett lagern, könnten leicht vollkommen abhanden gekommen sein. Die Ernährung der ganzen membranösen Masse hat ja jedenfalls durch direkte Nahrungsaufnahme aus der freien Bauchhöhle stattgefunden, da durch die torquierten Stiele keine Blutzufuhr erfolgte. Wäre diese Annahme richtig, bliebe immer noch die eigentümliche Art des Wachstums resp. der Ausdehnung der Massen unerklärt; denn wie konnte jene mächtige bimembranöse Scheibe entstehen, deren Torquierung und vielfache Abschnürung doch offenbar nicht gleich im Anfange der Entwicklung, sondern wahrscheinlich am Ende derselben sich vollzogen hat? Wie konnten die Gebilde wachsen, die doppelwändig waren, ohne daß anscheinend ein wirklicher Hohlraum, etwa mit Flüssigkeit gefüllt, bestanden hat? Möglich ist auch, daß wir es mit einer enorm gezerrten Serosafalte anderer Provenienz zu tun haben. Volle Klarheit ist mir über das Gebilde nicht geworden, das muß ich offen bekennen. In der Literatur, die mir hier zugänglich war, fand ich keinerlei Notiz über ähnliche oder gleiche Befunde, doch wäre ich für diesbezügliche Belehrungen dankbar.

---

13) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung vom 14. Juli 1902.

Vorsitzender: Herr Israel.

1) Herr Helbing: Regeneration langer Röhrenknochen nach Exstirpation bei Osteomyelitis.

Auf Grund zweier Beobachtungen empfiehlt H., auch bei den schwersten Fällen akuter Osteomyelitis, bei denen die Exartikulation der betreffenden Extremität in Frage kommt, zunächst es mit der totalen Entfernung des befallenen Knochens zu versuchen. Bei jugendlichen Individuen scheint eine ausreichende Restitution möglich, selbst dann, wenn das Periost vereitert ist. (Krankenvorstellung).

Diskussion: Herr Schoenstadt stellt einen Knaben vor, dem er wegen sehr schwerer Osteomyelitis die Tibiadiaphyse exstirpiert hat, und wo völlige Regeneration eingetreten ist mit einer Verkürzung von 3 cm (Demonstration des Röntgenbildes).

2) Olshausen: Impfmetastasen der Carcinome.

Herr O. hat zweimal nach Exstirpation eines carcinomatösen Uterus in dem tiefen Vaginalschnitt ein auf die Narbe desselben beschränktes Carcinom auftreten sehen. Er stellt eine Pat. vor, bei der im Jahre 1881 wegen doppelseitigen papillären Kystoms die Kastration ausgeführt war, und bei der vor einem halben Jahre an der rechten Bauchseite ein Tumor bemerkt wurde, der den Bauchdecken anzugehören schien.

Exstirpation. Der maligne Tumor ging von rechts genau bis an die Narbe heran und saß ihr breit an.

Auch bei gutartigen Ovarialkystomen hat O. Impfmetastasen im Bindegewebe entstehen sehen, über die er berichtet.

3) Herr Israel: Über die Leistungsfähigkeit der Kryoskopie des Blutes und des Harns und der Phloridzinmethode.

I. verneint die Frage, ob die funktionelle Nierendiagnostik in allen Fällen die Sicherheit gebe, die Suffizienz oder Insuffizienz der Gesamtfunktion und den proportionalen Anteil jeder Niere an dieser zu erkennen. Die Korányische Methode der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes bietet nicht das Maß eindeutiger Sicherheit einer ausreichenden Gesamtleistung beider Nieren; denn es giebt Faktoren, welche unabhängig von der Nierenfunktion den Gefrierpunkt des Blutes beeinflussen. So ist manchmal bei malignen Tumoren der Nieren, bei Pyonephrosen und im Malariaanfall die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes trotz ausreichender Nierenfunktion zu groß, andererseits zu gering trotz Insuffizienz der Nierenfunktion bei Hydrämie. Die Erklärung Korányi's für die abnorme Gefrierpunktserniedrigung bei Tumoren, nämlich durch abdominelle Circulationsstörung infolge Raumbeengung, weist I. zurück; denn einerseits ist die Höhe des Blutgefrierpunktes nicht proportional ihrer Größe, andererseits hat er bei Carcinomkranken mit gesunden Nieren Gefrierpunktserniedrigung von 0,6 bis zu 0,8 beobachtet. Nicht das Volumen des Tumors bedingt die Erniedrigung des Gefrierpunktes, sondern die Resorption von Krankheitsprodukten.

Die Methoden, welche den Anteil jeder einzelnen Niere an der Gesamtarbeitsleistung bestimmen wollen, die Kryoskopie der gesondert aufgefangenen Harne und die Phloridzinmethode, geben kein absolutes Maß der Arbeit jeder Niere. Die Formulierung Casper-Richter's, daß die Leistung beider Nieren sich zu einander verhält wie die Gefrierpunktserniedrigung ihres Harns und ihr prozentualer Zuckergehalt nach Phloridzineinspritzung, könnte nur bei Ausscheidung gleicher Harnmengen richtig sein; es müßte also das Verhältnis der Funktionsfähigkeit jeder Niere dasselbe sein wie das Verhältnis der wirklich ausgeschiedenen Moleküle und Zuckermengen. Es kommen nun aber nach den Protokollen von Casper und Richter Schwankungen in dem Verhältnis der Ergebnisse dieser Methoden bis zu 30%, also weit über die Grenze der Untersuchungsfehler hinaus vor. Ja manchmal sind die Unterschiede derartig, daß die erwähnten beiden Methoden bei demselben Falle zu entgegengesetzten Schlüssen auf die Seite der Erkrankung führen. Ferner entspricht die Höhe der Zuckerausscheidung nach Phloridzininjektion nicht der Menge des noch funktionsfähigen Nierenparenchyms; denn das Verhältnis der Zuckerausscheidung ist auch bei verschiedenen Untersuchungen bei demselben Pat. in kurzen Zwischenräumen ein verschiedenes, ist auch verschieden, wenn Gefrierpunkt und die Menge des ausgeschiedenen N gleich sind, ja sie kann sogar gänzlich fehlen bei völligem Wohlbefinden des Pat. Auch ist bei fehlender Zuckerausscheidung mit Erfolg nephrektomirt worden.

I. verneint es daher, daß man zur Zeit durch diese Methoden entscheiden kann, ob die Nephrektomie mit der Gewißheit gemacht werden kann, daß die zurückbleibende Niere das genügende Maß von Funktionsfähigkeit besitzen wird.

Diskussion: Herr Richter bemerkt zunächst, daß er eine Mitteilung in dem Vortrage vermißt habe über die Erfahrungen, die Herr I. in seinen Fällen mit den Methoden der funktionellen Diagnostik bei Nierenerkrankungen gemacht hätte. Auch könnte er den theoretischen Auseinandersetzungen über den Wert der Methoden nicht ganz zustimmen. Wenn die Ergebnisse der beiden Methoden auch nicht immer einander parallel gehen, da sie ja von verschiedenen Bedingungen abhängig wären, so lieferte jede für sich nach seinen Erfahrungen Werte, aus denen man die augenblickliche Funktionsfähigkeit der Niere exakt bestimmen kann. Ob man aber jemals das von Herrn I. erstrebte Ziel erreichen wird, die Kompensationsfähigkeit der Nieren vorher zu diagnostizieren, das bezweifelt er.

Herr Casper giebt einen Überblick über seine in ca. 220 Fällen gemachten Erfahrungen. In allen Fällen hätten die aus den Untersuchungsergebnissen ge-

zogenen Schlüsse sowohl in Bezug auf die Erkrankung der einen Niere als auf die Funktionsfähigkeit der zweiten gestimmt. 72 Fälle wären durch Operation erhärtet, und zwar meist solche, bei denen die Diagnose auf Grund der Untersuchungen sehr frühzeitig gestellt werden konnte; ein Nierentod kam dabei nicht vor. Die Methoden gestatten in manchen Fällen eine sichere Diagnose zu stellen, besonders bei Nierentumoren, wo die übrigen völlig im Stiche lassen, und auch nach der negativen Seite bei krankhaften Prozessen in der Umgebung der Niere (Cholelithiasis, Appendicitis etc.) eine Erkrankung derselben ausszuschließen. Nach Ausführung einiger die Präzision der Methode bestätigenden Sektionsbefunde hebt C. noch hervor, daß natürlich große Vorsicht bei der Beurteilung der Untersuchungsergebnisse am Platze ist.

Herr Israel konstatiert wesentliche Mißverständnisse seiner Ausführungen seitens der Herren Casper und Richter. Er habe nicht behauptet, daß sie aus den absoluten Werten der Untersuchungsergebnisse Schlüsse ziehen, sondern habe im Gegenteil von einer Methode, welche die Zulässigkeit einer Nephrektomie entscheiden will, verlangt, daß sie die absolute Funktionsgröße einer Niere vor der Operation feststelle. Die diagnostischen und operativen Resultate, welche Herr Casper heranzieht, seien keine wissenschaftlichen Beweise, da ebenso gute und bessere Resultate auf Grund anderer klinischer Untersuchungen erreicht worden sind.

4) Herr Wulf: Temporäre Ligatur der Arteria carotis communis.

Bei einer schon vor 3/4 Jahr wegen eines Sarkoms der Temporalgegend auswärts operierten Pat. wurde vor der Operation des großen Recidivs prophylaktisch die Carotis communis freigelegt und durch einen ca. 3/4 cm breiten Gummischlauch mittels Klemme leicht zusammengepreßt. Pat. starb 24 Stunden nach der nicht sehr blutigen Operation. Bei der Sektion fand sich ein infolge Zerreißung der Gefäßwand an der Ligaturstelle entstandener frischer 2 1/2 cm langer Thrombus in der Carotis. W. verwirft deshalb die temporäre Gefäßligatur; höchstens dürfte dieselbe bei dringenden Fällen und dann nur mit Hilfe einer die Gefäßwand flach aufeinander drückende Klemme ausgeführt werden.

5) Herr Röder: Ein Myom des Darmes.

Demonstration eines Darmmyoms, das von einem 87jährigen Manne stammt, der wegen einer kindskopfgroßen cystischen Geschwulst des Bauches, die stärkere Beschwerden verursachte, operiert wurde. Da die Cyste bei der Lösung platzte, mußte sie eingenäht werden. Bei der Sektion des am 3. Tage nach der Operation verstorbenen Pat. zeigte sich ein mit der Cyste im Zusammenhang stehender Tumor von Kindskopfgröße, der von einer Stelle des Dünndarmes ausging und denselben an der Verwachsungsstelle trichterförmig ausgezogen hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein typisches Myoma laevicellulare.

6) Herr Wulf: Ein Fall von Gastroenterostomie bei Magencarcinom.

Demonstration eines Präparates von Magencarcinom. Bei dem Pat., von dem dasselbe stammt, war 4 1/2 Jahre vor seinem Tode wegen eines den Pylorus einnehmenden großen inoperablen Carcinoms mit Netzmetastasen die Gastroenterostomie gemacht worden. Pat. war nach der Operation bis zu seinem Tode völlig wohl gewesen. Der Murphyknopf fand sich bei der Sektion noch im Magen, ohne Druckläsion erzeugt zu haben.

Hintze (Berlin).

---

14) **A. v. Pflugk.** Spritze mit Heizschlange (Heizmantel) zur Injektion von Paraffinum solidum.

(Ärztl. Polytechnik 1902. Juli).

Zu obiger Spritze gehört 1) ein Spritzenmantel, 2) Kolben, 3) mehrere Kanülen, 4) die metallene Heizschlange (Heizmantel) mit Gummischläuchen und Quetschhahn. 1, 2 und 3 werden in 1%iger Sodalösung 5 Minuten gekocht und erst zum

Gebrauch zusammengeschraubt. Nr. 4 nebst Zubehör wird in Wasser 10 Minuten gekocht. Das Paraffin wird 1/2 Stunde auf 150° erhitzt, dann auf 70° abgekühlt und in die Spritze eingesogen, wo es durch die Heizschlange flüssig erhalten wird; in letzterer circuliert beständig heißes Wasser von 50—55°. Das Paraffin darf nur unter schwachem Druck injiziert werden. Abbild. im Original.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

15) **J. Bush.** The treatment of certain deformities by the subcutaneous injection of paraffin.

(Bristol med.-chir. journ. 1902. September.)

Verf. benutzt eine Mischung von Hart- und Weichparaffin mit einem Schmelzpunkt von 105° F. Um Eiterung und Venenthrombose zu vermeiden, darf die Mischung nicht zu heiß eingespritzt werden. In 2 Fällen von Sattelnase wurde ein gutes Endresultat erzielt, obwohl es bei einem der Pat. noch 3 Monate nach der Einspritzung zu leichter Eiterung und teilweiser Ausstoßung des Paraffins kam.

Mohr (Bielefeld).

16) **T. Cavazzani.** Sopra un caso di eviscerazione spontanea postoperatoria.

(Clinica chirurgica 1901. Nr. 11.)

C. reiht den 21 von Chavannaz gesammelten Fällen spontaner Evisceration nach Bauchoperationen einen eigenen an: 38jährige Frau, Carcinoma ventriculi; Explorativlaparotomie; Naht in 3 Etagen. Fieberloser Verlauf, kein Erbrechen, aber quälender Husten. Entfernung einiger Hautnähte am 10. Tage, exakter Verband, Bettruhe; in der Nacht unter starken Hustenstößen plötzlich heftiger Schmerz in der Wunde und Gefühl des Hinausdrängens eines Organs. Nach 14 Stunden wird der ganz durchnäßte Verband geöffnet, es liegen etwa 1,5 m oberer Dünndarmschlingen vor. C. wusch mit dünner Formalinlösung und reponierte (ohne Narkose) die Eingeweide und nähte mit durchgreifenden Nähten. Diese wurden am 12. Tage entfernt, die Narbe war fest. Die Frau erlag ihrem Leiden 62 Tage später, die Narbe war solid, aber zart.

(In einem Falle, bei welchem 8 Tage nach einer Ovariotomie bei einer 56jährigen Frau die Fäden entfernt wurden und einige Stunden später unter Ruptur der ganzen Narbe Netz und etwa 1 m Dünndarm vorfielen, nähte Gersuny nach einigen Stunden die Wunde von neuem. Heilung ohne weiteren Zwischenfall. Solche Fälle dürften nicht so selten sein. **J. Sternberg** (Wien).

17) **G. Coen** (Livorno). Ferita penetrante dell' addome con fuoriuscita di 30 cm del tenue, ferite nel tenue e nel mesenterio; laparotomia dopo circa 10 ore; guarigione.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 5.)

24jähriger Mann mit einer Stichwunde im linken oberen Viertel des Bauches, knapp neben dem Nabel beginnend, mehrere Centimeter lang. Es hängen circa 30 cm Dünndarmschlingen heraus, dunkelroth, matt, mit einem gelblichen Belag. 10 Stunden vorher die Verletzung; mehrere Stunden später entstand unter Hustenstößen der Vorfall. Im Bauch reichlich Blut; mehrere Stiche im Mesenterium können genäht werden, ebenso vier verschieden tiefe und lange Wunden im Dünndarm. Dann Waschung mit Kochsalzlösung, vollständiger Verschluß des Bauches. Heilung p. pr. int. **J. Sternberg** (Wien).

18) **O. E. Hagen-Torn.** Einige klinische Symptome und ihre Bedeutung bei Appendicitis.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 35 u. 37.)

Innerhalb 19 Jahren sah Verf. unter 13000 Kranken auf dem Lande 9 Fälle von Appendicitis und unter 130000 in einer großen Fabrik etwa 40 Fälle. Davon

waren nur 3 Frauen; eine vierte litt an Typhlitis (Verf. sah 5 Fälle von unzweifelhafter Typhlitis infolge Koprostase: Schmerzen, Resistenz, Temperatursteigerung, doch ging nach Abführmitteln nach ein paar Tagen alles zurück, ohne ein Infiltrat zu geben). Von 10 Kindern unter 15 Jahren starben 7; von den Erwachsenen nur 1 infolge zu später Operation. — Betreffs der Prognose ist die Lage des Wurmfortsatzes wichtig: hängt er ins kleine Becken herab oder ist er nach der Mittellinie zwischen die Darmschlingen gerichtet, so kann die Entzündung sich leichter auf den Darm und die ganze Bauchhöhle verbreiten, als wenn er dem Blinddarm anliegt: hier bleibt der Prozess leichter begrenzt. Auch die Lage des Infiltrates ist von Bedeutung: meist liegt es außen von der Mitte des Lig. Pouparti, oder medial davon, oder zwischen Spina ant. sup. und Nabel (s. Tabelle). In einem Drittel der Fälle begleiten Harnbeschwerden die Krankheit. Besprochen werden ferner die Tastung des Infiltrates, die Temperatur, die Verbreitungsweise der Schwellung. Interessant ist folgende Tabelle:

			Lage des Infiltrates			Summa
			lateral von der Mitte des Lig.	medial davon	zwischen Spina und Nabel	
Ohne Operation:	Ohne klinische Symtome von Eiterung		14	3	2	19
	Spontane Perforation in den Darm		6	1	1	8
Operiert:	Lokale Eiterung — Inzision		4	1	2	7
	Allgemeine Peritonitis	eitrige	—	—	3	3
		putride	—	1	4	5
Blasensymptome			3	3	11	17

Die Tabelle zeigt die Beziehungen zwischen Lokalisation des Infiltrates und Blasensymptomen, ferner bringt sie Hinweise auf die Prognose bei den verschiedenen Formen. —

Therapie: Verf. beginnt mit Abführmitteln (am besten Ol. ricini), wenn nicht Peritonitis dieselben kontraindiziert. Dann wird Opium in kleinen Dosen gegeben; täglich Darmeinläufe. In einigen Fällen wurde Belladonnatinktur versucht, doch zieht Verf. Opium vor. Im Intervall zu operieren hatte H.-T. keine Gelegenheit. Die Appendix braucht nicht unbedingt entfernt zu werden, sie atrophiert meist bei Vernarbung der Wunde. **Gückel** (Kondal, Saratow).

19) **Gage.** Ultimate results of operations for appendicitis.

(Boston med. and surg. journ. 1902. Oktober.)

300 Fälle hat G. vor dem 1. Oktober 1901 operiert und von diesen 228 verfolgt. Jede frische Appendicitis muß operiert werden, wann, ist in jedem Falle besonders zu entscheiden; in vielen Fällen wird die Frühoperation, womöglich wenige Stunden nach Beginn, die leichteste und gefahrloseste sein. Nur bei Vorhandensein akuter Peritonitis mit Darmlähmung und Meteorismus operiert G. nicht, dagegen wohl bei Fehlen des Meteorismus. Falls schon einige Tage seit dem akuten Anfall verstrichen sind und gewisse Besserung eingetreten ist, ist es besser in der anfallsfreien Zeit zu operieren. Dagegen soll der Eingriff nicht auf bloßen Verdacht hin unternommen werden. Bei der Operation selbst macht Verf. großen Schnitt, um bequemen Zugang zu haben ohne Rücksicht auf Gefahr eines späteren Bauchbruches. Der Wurmfortsatz wird, wenn möglich, entfernt. Sind zu starke Verwachsungen und die Gefahren einer Eiterverschleppung vorhanden, so bleibt er sitzen, wird event. später entfernt. Von den 300 Fällen wurden 240 im ersten

Anfall operiert, 15% Todesfälle. Bei 173 wurde der Wurmforsatz entfernt, 13% Todesfälle; bei 67 war die Entfernung unmöglich, 19% Todesfälle. Bei 26 fand sich schon allgemeine Peritonitis; bei diesen spülte G. die ganze Bauchhöhle, nach Entfernung des Wurmfortsatzes, mit reichlichen Mengen Kochsalzlösung aus; 8 davon genasen. Unter 60 im anfallsfreien Zwischenraum Operierten war nur 1 Todesfall. — Von den 228 erreichbaren Operierten hatten 42 Klagen allgemeiner Art über Verdauungs-, Menstruationsbeschwerden und Schmerzen in der Narbe. Bei einem Pat. mit letzteren wurde später eine Netzverwachsung von der Narbe gelöst, wonach die Beschwerden schwanden. 2mal blieben Kotfisteln bestehen. Bei 9% entwickelte sich ein Bauchbruch. Das Tragen einer Pelotte kann die Bildung eines solchen nicht verhindern. 9mal traten nach der Operation noch Anfälle von Appendicitis bezw. ähnliche Beschwerden auf. Bei 5 war der Wurmfortsatz gar nicht oder unvollständig entfernt. Da bei 54 im ganzen die Entfernung unmöglich war, bedeutet dies 10% Rückfälle. Bei einem wurde noch später die Entfernung vorgenommen und es fand sich, daß die zahlreichen Verwachsungen, die früher die Entfernung unmöglich machten, fast alle aufgesogen waren. Bei 60 im ganzen war nach der Operation das Allgemeinbefinden bedeutend gebessert, ebenso der Stuhlgang. Bei dreien derselben trat aber diese Besserung erst nach 3 Monaten bezw. 1 und 3 Jahren ein. **Trapp** (Bückeburg).

20) **R. Calvini** (Turin). Sopra un caso di appendicite erniaria.

(Clinica chirurgica 1902. No. 1.)

1jähriger Knabe, unter der Annahme einer eingeklemmten Epiplokele operirt. Der Bruchsack bildete die Wand eines Abszesses, in welchem der gangränöse Processus vermiformis lag; 8 cm lang, 1 cm von seiner Insertion inkarzeriert. Kein Kotstein, keine deutliche Perforation. Glatte Heilung. **J. Sternberg** (Wien).

21) **A. Cosentino** (Palermo). Contributo alla casistica delle ernie della vescica.

(Clinica chirurgica 1901. Nr. 9 u. 10.)

3 Fälle von Blasenhernien bei Frauen;

1) 34jährige Frau, seit 2 Jahren rechtsseitiger Schenkelbruch, seit 24 Stunden inkarzeriert. Bei der Operation zeigte sich am Schlusse der Herniotomie beim Pressen eine Vorwölbung über dem Lig. inguinale, welche bei der Isolierung einreißt und Harn entleert. Naht (mit Seide), Schluß der ganzen Wunde, Dauerkatheter, Heilung per primam. Nach 2 Monaten beginnen Blasenbeschwerden, nach weiteren 2 Monaten auch Abszessbildung in der Narbe. Sondenuntersuchung ergibt einen kleinen Stein; Lithotripsie mit dem Ergebnisse, daß das Zentrum des Phosphatsteines einer der Seidenfäden der Blasennaht war. Die Inzision des Abszesses fördert ebenfalls eine Schlinge der Blasennaht zu Tage. Glatte endgültige Heilung.

2) 26jährige Frau, kleiner rechtsseitiger Leistenbruch (Netz?). Bei der Operation der freien Hernie wird die vorliegende Blase eröffnet, erst später ein zarter zweiter Bruchsack gefunden. Naht mit Seide. Radikaloperation nach Bassini, Dauerkatheter. Wundheilung gestört, u. A. gelegentliche Sekretion von Harn aus der Wunde.

3) 48jährige Frau, seit 3 Jahren kleiner Schenkelbruch, seit 4 Tagen inkarzeriert. Operation, die Därme nicht brandig, werden reponiert, ein (anscheinendes) zartwandiges Bruchsackdivertikel eröffnet, wobei Harn ausfließt. Naht (Katgut) sehr schwierig. Tod am 5. Tage unter urämischen Erscheinungen. Gangrän der Blasenwand, welche überall stark verdünnt ist und zahlreiche Divertikel bildet.

J. Sternberg (Wien).

22) **Zentner.** Über einen Fall von oberer seitlicher Bauchwandhernie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 50.)

Der nachfolgende in der chirurgischen Abteilung des Wiener Karolinen-Kinderspitals (Dr. Alex. Fränkel) beobachtete und operierte Fall ist zugleich der erste, der durch ein operatives Eingreifen zur Heilung gebracht wurde.

Er betrifft ein 6jähriges Mädchen mit gering entwickelter Bauchmuskulatur, bei welchem lange bestehende Bronchitiden und Keuchhusten die Widerstandsfähigkeit des schwachen Punktes in der oberen seitlichen Bauchgegend noch mehr herabgesetzt haben. Ein verhältnismäßig geringes Trauma (die Mutter riß das Kind mit einem jähen Ruck an der Hand empor, um es vor dem Ausgleiten zu schützen) genügte, um die Entstehung der Hernie auszulösen. (Am Tage darauf bemerkte die Mutter zuerst die beim Sitzen und Pressen etwa hühnereigroße Geschwulst.)

Bei der Operation zeigte sich eine walnußgroße Vorstülpung des Bauchfelles, die in infolge Auseinanderweichens der Fasern des M. transversus abdominis entstandener Lücke ausgetreten ist. Der Inhalt bestand aus vorgefallenem Netz. Schichtweise Naht des Bauchfelles, der Muskeln und der Haut. Heilung.

Zu bemerken ist, daß vor der Operation, die anfangs abgelehnt wurde, das Tragen eines Mieders mit Pelotten auf der Bruchpforte auch nicht den geringsten Erfolg aufwies, während Bayer seinen Fall dadurch zur Heilung brachte.

Hübener (Dresden).

23) G. Ceccopieri e T. Scarrone (Massa-Carrara). Su cento casi di ernia.

(Clinica chirurgica 1901. Nr. 11.)

Die 109 Fälle von Hernien, über welche die Verff. berichten, verteilten sich auf 85 Männer und 15 Frauen zwischen 1 und 82 Jahren. 91 Hernien waren einfache oder einseitige, 8 doppelseitig gleiche (inguinal), eine je inguinal und crural; ferner 5 Nabelbrüche, 8 Schenkelbrüche (6 Frauen), 96 Leistenbrüche; 10mal war der Bruch eingeklemmt, 7mal theilweise irreducibel. Dem Inhalt nach wurde in 11 Fällen Dünndarm und Netz, in 8 Dickdarm, in 2 Adnexa uteri, in je einem Dünndarm mit Blase und Blase allein gefunden. Diese letzteren betrafen Männer mit rechtsseitigen Leistenbrüchen. Von den Dünndarmhernien ist ein Darmwandbruch, ferner ein Fall von Bruchsacktuberkulose und Ectopia testis inguinalis erwähnenswert. — Unter den eingeklemmten Brüchen bestand in 3 Fällen Gangrän, weswegen Resektion, Naht mit Murphyknopf mit bestem Erfolge, sogar Heilung per primam int. — Bei den freien Hernien des Leistenkanals wurde nach Bassini operiert. Die Hautnähte wurden früh, meist am 5. Tage entfernt; manchmal gab es ganz umschriebene Eiterungen, entsprechend den zur versenkten Naht verwendeten Katgutfäden. — Für die Schenkelbrüche wurde meist die Salzer'sche, für die Nabelbrüche die Condamin'sche Operationsmethode gewählt.

Was die Dauererfolge betrifft, so konnten C. und S. Folgendes erheben: 69 Pat. (von 100) konnten nachuntersucht werden, mit 70 Leisten-, 4 Schenkel- und 2 Nabelbrüchen. Ein Nabelbruch blieb seit 10 Jahren geheilt, 45 Leistenbrüche, vor mehr als 2 Jahren operiert, wiesen 3 Rezidive, 25 jüngere Fälle keine auf. — Die interessanteren Fälle sind ausführlich wiedergegeben.

J. Sternberg (Wien).

24) Matanowitsch. Die Dauerresultate der Bassini'schen Radikaloperation bei Leistenbrüchen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

Anschließend an die Arbeiten von Wolf und Simon aus der Heidelberger Klinik über die in den Jahren 1887—1895 bei Radikaloperationen von Leisten- und Schenkelbrüchen geübten Operationsmethoden und ihre Endresultate bringt M. auf Grund der von Anfang 1895 bis Anfang 1900 in der Heidelberger Klinik ausgeführten Radikaloperationen nach Bassini einen Beitrag zur Beurteilung des Wertes dieser Operationsmethode. Sie kam in diesem Zeitraum 107mal zur Anwendung. In 3 Fällen (2,8%) kam es zum Rezidiv.

Die Hauptschlüsse, welche M. aus seinen Betrachtungen zieht, sind folgende:

1) Bei schwereren Fällen und bei einfacher liegenden inkarzerierten Hernien leistet die Bassini'sche Radikaloperation das meiste, und da sie den anderen

Methoden auch sonst nicht nachsteht, verdient sie als Normalverfahren angesehen zu werden.

2) Wundeiterung nach der Bassini'schen Operation beeinträchtigt die Dauerresultate nicht. **Blauel** (Tübingen).

25) G. Heaton. Five cases of perforated gastric ulcer treated by abdominal section and suture.

(Brit. med. journ. 1902. Juli 12.)

4mal saß die Perforation an der vorderen Magenwand. Wegen der im Anschluß an den Durchbruch entstandenen diffusen Peritonitis wurde 3mal operiert. Bei einer Kranken, welche 27 Stunden nach dem Einsetzen der bedrohlichen Symptome operiert wurde, kam die Peritonitis zum Stillstand, Pat. genas. Eine andere, welche schon $4^1/_2$ Stunden nach eingetretener Perforation zur Operation kam, ging zugrunde. Es fand sich dabei in der Bauchhöhle eine große Menge einer gallig gefärbten Flüssigkeit. Die Perforation saß an der vorderen Magenwand nahe dem Pylorus. In dem 3. Falle — die Perforation der vorderen Magenwand lag versteckt unter dem Rippenbogen und konnte nur mit Mühe zugänglich gemacht werden — ging anfänglich alles gut, bis am 10. Tage nach der Operation abermals die Temperatur stieg. Eine tiefsitzende Eiterung war sicher, mehrmalige Probepunktionen gaben indessen keinen Aufschluss. 14 Tage später ging Pat. zugrunde. Bei der Sektion fand sich neben einem rechtsseitigem Empyem ein Abszess zwischen Zwerchfell und rechtem Leberlappen, ein weiterer zwischen Zwerchfell und Milz, ein dritter zwischen Colon transversum und der Flexura sigmoidea. Mit dem rechtsseitigen subphrenischen Abszess kommunizierte eine große Eiterhöhle im rechten Leberlappen.

In 2 weiteren Fällen war der Verlauf ein chronischer. Ein 38jähriger Mann bekam im Anschluß an eine Mahlzeit starke Schmerzen im Leibe, kollabierte stark, erholte sich, mußte aber 3 Wochen später an linksseitigem subphrenischem Abszess operiert werden; es entleerte sich Eiter und Mageninhalt. Nach längerer Zeit trat Heilung ein.

Im 5. Falle wurde die Kranke schwer kollabiert ins Hospital gebracht, erholte sich jedoch schnell wieder, scheinbar vollständig. Man konstatierte nur pleuritisches Reiben über der unteren linken Lungenpartie. Plötzlich, 3 Wochen später, setzte eine akut Peritonitis ein. Die Laparotomie ergibt einen Abszess zwischen Magen und Leber und eine durch Verwachsungen geschlossene Perforation der vorderen Magenwand. Tod an Peritonitis. **Weiss** (Düsseldorf).

26) K. Grassmann (München). Tödliche Blutung in die Bursa omentalis, unter dem Bilde des akuten Darmverschlusses verlaufend.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 32.)

Bei einem 54jährigen Manne war plötzlich Übelkeit, Brechreiz, Schmerzhaftigkeit, Spannung und Auftreibung des Leibes, besonders in seinen oberen rechtsseitigen Teilen, und Ohnmachtsgefühl eingetreten, ohne daß Zeichen von Anämie bestanden; Gase oder Kot konnten nicht entleert werden, der Puls war voll, regelmäßig, nicht beschleunigt. Pat. bekam heftige Atemnot und kollabierte rasch, erholte sich aber nach einigen Stunden wieder, so daß unter Schleich'scher Anästhesie der Bauchschnitt ausgeführt werden konnte (Brunner). Bei Eröffnung des Leibes, aus dem sich die nicht auffällig geblähten Därme hervordrängten, ergoß sich aus ihm eine mächtige Menge flüssigen und geronnenen Blutes, weshalb das Einstopfen von Gazetampons gegen die vermutete Quelle der Blutung in der Gegend der unteren Fläche der Leber notwendig, die Fortsetzung der Operation aber unmöglich wurde. Pat. starb 35 Stunden nach Beginn der Erkrankung. Die Sektion ergab, daß die Blutung infolge von Arrosion einer größeren Leberkapselvene durch ein schnell wachsendes Adenom des Lobus Spigelii entstanden war und sich das Blut in die Bursa omentalis ergossen hatte; die Leber zeigte beginnende Cirrhose etc. Der während des Lebens vorhandene

Symptomenkomplex eines akuten Darmverschlusses war durch das Hämatom der Bursa omentalis, welches zu einer Kompression des Colon transversum und Zwerchfelles geführt, verursacht werden. **Kramer** (Glogau).

27) **H. Braun.** Über den angeborenen Verschluß des Dünndarmes und seine operative Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

B. hatte Gelegenheit, einen Fall von Atresia ilei zu beobachten und zu operieren. Abgesehen von der Seltenheit des Vorkommens eines solchen angeborenen Dünndarmverschlusses, bot dieser Fall noch das Interessante, daß sich als Ursache für den etwa 10 cm oberhalb der Valvula Bauhini sitzenden Verschluß eine in früher Fötalzeit ausgebildete Invagination herausstellte welche sich allerdings nur mikroskopisch nachweisen ließ. Die ausgeführte Operation bestand in Anlegung einer Enteroanastomose. Schon während der Operation mußte an dem Erfolg gezweifelt werden; der 12 Stunden später erfolgende Tod rechtfertigte die Befürchtung. Nach kurzer Darlegung und Besprechung der verschiedenen Ansichten über die Ätiologie des angeborenen Dünndarmverschlusses stellt Verf. die bisher ausgeführten Operationen dieses Leidens, im ganzen 25, zusammen. Sie haben das gemeinsam, daß der Ausgang stets ein tödlicher war. B. empfiehlt nach den bisherigen Erfahrungen und auf Grund theoretischer Erwägungen als einzige, irgendwie Aussicht auf Erfolg bietende Operation die Enterostomie nach Einnähung beider verschlossenen Darmenden in die Bauchwand.

Blauel (Tübingen).

28) **Dogliotti.** Stenosi cicatriziale di un' unica ulcera tubercolare del tenue.

(Gazz. med. ital. 1902. Nr. 38.)

Mädchen ohne tuberkulöse Antecedentien. Seit 4 Monaten Anfälle von Koliken, Erbrechen, das, anfänglich selten, immer häufiger wurde, Abmagerung, Auftreibung des Leibes, sichtbare peristaltische Bewegungen, Dämpfung und Plätschergeräusch im unteren Teile des Bauches, keine fühlbare Geschwulst. Diagnose: Dünndarmstenose. Laparotomie. Hochgradige Stenose einer hochgelegenen Schlinge; die Lichtung narbig verengt, so daß kaum die Kleinfingerkuppe durchgeht. Resektion. Heilung. Mikroskopisch Narbengewebe mit zahlreichen eingestreuten Riesenzellen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

29) **P. Ostermaier** (München). Zur Darmwirkung des Atropins.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 36.)

In 6 Fällen von Brucheinklemmung hat sich dem Verf. das Atropin in 1- bis mehrmaligen Injektionen von je 1—2 mg in kurzen Pausen so bewährt, daß er für die primäre Anwendung dieses Mittels an Stelle der Taxis, nicht der Herniotomie, bei äußeren Inkarzerationen und an Stelle der ungeeigneten Opiumtherapie, nicht der Laparotomie, beim Ileus eintreten zu müssen glaubt. Er führt die Wirkung des Atropins auf eine Anregung der Peristaltik und Beruhigung der stürmischen Peristaltik, sowie auf eine Verengerung der Mesenterialgefäße zurück. In obigen 6 Fällen erfolgte die Reposition des Bruches nach der ersten oder nach wiederholter Atropininjektion spontan; die Einklemmung bestand 3—10 Stunden.

Kramer (Glogau).

30) **R. F. Weir.** A new use for the useless appendix in the surgical treatment of obstinate colitis.

(New York med. record 1902. August 9.)

Die operative Behandlung schwerer ulcerativer Kolitis ist mehrfach mit Erfolg versucht morden, so 1901 von Murray (Surgical treatment of amoebic dysentery, Annals of surgery, Mai 1901), dann von Keith 1895 durch eine rechtsseitige

inguinale Kolostomie wegen Colitis membranacea, und von Bolton, welcher nach Art der Kader'schen Gastrostomie eine cökale Fistel anlegte. Auch W. hat bei einem 30jährigen Manne, der täglich seit 2 Jahren 10—15 teils eitrige, teils blutige Stühle hatte, eine solche Fistel angelegt und mit gutem Erfolg durch reichliche Salzspülungen gewirkt. Auch 5%ige Methylenblaulösung, 1—5 pro Mille Argentum nitricum und Bismuth-Stärkeeingießungen sind zu empfehlen, während für diejenigen dysenterischen Prozesse, welche durch Amöben hervorgerufen werden, Chininlösungen auf den Philippinen gebraucht wurden.

Einen neuen Weg beschritt W. bei einem durch jahrelange Diarrhöen und Blutungen sehr heruntergekommenen 31jährigen Manne. Der Wurmfortsatz präsentierte sich bei der Besichtigung des Blinddarmes so verlockend, daß er diesen in die Wunde einnähte, um ihn als Fistelgang zur Behandlung des Darmes zu benutzen. Der Erfolg war frappierend, und der Vergleich mit der Kader'schen Methode schien zu Gunsten des neuen Verfahrens zu sprechen, weil eine größere Sicherheit gegen Infektionen durch diesen bereits präformierten Kanal geschaffen wird. Es wurde übrigens vor Schluß der Operation die Durchgängigkeit des Wurmfortsatzes mit einem Nélaton festgestellt, dann aber zunächst durch eine Ligatur ein Abschluß geschaffen, welcher am nächsten Tage schon entfernt wurde; nach 2 Tagen begann die Irrigation. 2 Monate später war auffallende Besserung des Allgemeinbefindens festzustellen.

Als Nachbehandlung der Fistel kommt die einfache Paquelinisierung oder schließlich die Resektion des Wurmfortsatzes in Betracht.

Loewenhardt (Breslau).

31) **Kessler.** Bericht über 31 Fälle von Dickdarmtumoren.

Inaug.-Diss., Jena, 1902.

K. bespricht eingehend 31 Beobachtungen von bösartigen Dickdarmgeschwülsten der Jenenser Klinik (seit 1889), resp. 28, die zur Operation kamen. Bei den letzteren ließ sich nur 15mal die Exstirpation ausführen (1 Myxosarkom des Blinddarmes, 3 Karzinome des Colon ascendens, 1 Carcinoma flexurae hepaticae, 2 Karzinome des Colon transversum, 1 Karzinom des Colon descendens, 7 Carcinomata flexurae sigmoideae). 20 dieser Radikaloperierten sind geheilt entlassen; die Heilungsdauer betrug bei ihnen 1mal 7 Jahre, 2mal 2 Jahre, 2mal 1 Jahr, 1mal (dem zuletzt Operierten) bisher 6 Monate. **Gross** (Jena).

32) **G. Marchant.** Traitement des fistules recto périnéales et recto vaginales par l'abaissement de la muqueuse rectale.

(Presse méd. 1902. Nr. 22.)

M. brachte eine nach Operation entstandene Rekto-Perinealfistel, durch welche sich ein Teil der Mastdarmschleimhaut hernienartig nach außen vorstülpte, dadurch zur Heilung, daß er die Mastdarmschleimhaut ablöste, aus dem After so weit herauszog, bis die von der Fistel durchsetzte Stelle außen lag und ein ringförmiges Stück Mastdarmschleimhaut, welches diese Stelle mit in sich begriff, resezierte, während er am After einen schmalen Saum stehen ließ. Dieser schmale Saum wurde mit der oberen Mastdarm-Schleimhautwunde wieder vereinigt. Anfrischung der Fistel vom Damme aus, Heilung. **Bertelsmann** (Hamburg).

33) **F. Parona** (Novara). Voluminosa splenomegalia malarica stranamente lobulata e inoperabile, guarita colle injezioni sottocutanee jodo-jodurate.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 5.)

50jährige Frau, seit Kindheit an Malaria leidend, zeigt eine Geschwulst, die den ganzen Bauch bis an die rechte Spina iliaca und die Leber ausfüllt und mehrfache tiefgreifende Lappung aufweist. P. wendete subkutane Jodjodkaliuminjek-

tionen und später Chinin-Jodkaliuminjektionen an. Nach einiger Besserung Explorativlaparotomie, welche wegen enger Verwachsungen mit den anderen Organen die Exstirpation ausschließt. Unter fortgesetzten Einspritzungen schwindet die Schwellung um mehr als die Hälfte. Heilung noch nach einem Jahre unverändert.

J. Sternberg (Wien).

34) **T. J. Romanow.** Primäre Milztuberkulose.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 11.)

R. beobachtete seinen Fall auf dem Sektionstisch. Über den Krankheitsverlauf konnte wenig festgestellt werden: der 80 Jahre alte Pat. kam mit schweren Erscheinungen ins Krankenhaus und starb nach 4 Tagen. Bei der Sektion fand man die Milz 21×15×10 cm groß, 2085 g schwer; außerdem waren 2 Nebenmilzen vorhanden, eine 1,8 cm im Durchmesser, kugelförmig, die andere 2,7 cm lang, 1,5 cm breit. Die Milz ist, wie auch die Nebenmilzen, tuberkulös affiziert; außer zahlreichen kleinen Tuberkeln finden sich anscheinend trocken-käsige Herde bis 1 cm im Durchmesser. — Die Leber ist von ziemlich normaler Größe, außen und am Durchschnitt von Tuberkeln besät. Die übrigen Organe zeigen keine Symptome von Tuberkulose. Mikroskopisch fand man in der Milz typische Tuberkel, Riesenzellen und Bazillen; dasselbe in der Leber, nur späteren Ursprungs.

In der Literatur fand R. nur noch 3 Fälle, die von Collet und Gallavardin bearbeitet sind; nach deren Nomenklatur gehört der Fall R.'s zum Typus Splenohepaticus.

Gückel (Kondal, Saratow).

35) **F. Bommarito.** Sulla ptosi splenica a proposito di una splenectomia.

(Clinica chirurgica 1901. Nr. 10.)

B. hat Gelegenheit gehabt, eine ektopische Milz von besonderer Größe zu exstirpieren und knüpft an die Mitteilung des klinisch interessanten Falles einige kritische Bemerkungen. — 24jährige Frau hat als Kind Malaria mit erfolgreicher Chinintherapie durchgemacht. Seit einigen Jahren gelegentlich starke Schmerzen in der linken Flanke. Zwei Schwangerschaften ohne Zwischenfall. Zufällig bemerkte Pat. eine orangengroße Geschwulst im Bauche in Nabelhöhe, welche allmählich bis an den Darmbeinkamm sank. Die Schmerzen häuften und steigerten sich, waren von schweren Collapsen gefolgt, Brechreiz, Harndrang stellten sich ein und wurden schließlich so regelmäßig, daß sie allmonatlich je 8 Tage dauerten. Die Untersuchung ergab eine allseitig bewegliche halbkuglige Geschwulst ohne deutliche Furchung mit glatter Basis und anscheinender Stielung ins kleine Becken, wo sie vaginal vor dem Uterus getastet werden kann. Die Diagnose schließt Wandermilz und Wanderniere aus und nimmt Cystovarium sinistrum an. — Bei der Operation (Beckenhochlagerung) zeigte sich die Geschwulst sofort als enorme Wandermilz, welche durch zarte aber feste Verwachsungen praeuterin fixirt war; Exstirpation leicht, Gewicht 3500 g. Heilung p. pr. Der exstirpierte Stiel war in Torsionsstellung.

J. Sternberg (Wien).

36) **N. Biaghi.** Ferita transfossa dello stomaco e ferita della cisti fellea.

(Policlinico 1902. Ser. chir. 9.)

2 Fälle von Stichverletzung der Gallenblase. Beide Male wurde laparotomiert; im ersten trat trotz glatter Heilung mehrtägiges hohes Fieber auf; im anderen am 9. Tage ein Kolikanfall, nach B. vielleicht bedingt dadurch, daß ein durch Naht nekrosiertes Schleimhautstückchen sich abstieß und die Gallenwege passierte. Beide Male bestand galliger Erguß in die Bauchhöhle. — Die Symptome der Gallenblasenverletzung sind, abgesehen davon, daß meist Verletzungen anderer Organe sich mit ihr vergesellschaften, sehr verschieden und unsicher. Als wichtigstes bezeichnet B. das Erscheinen der Gmelin'schen Reaktion. Experimente an Hunden

zeigten, daß in die Bauchhöhle injizierte Galle im Urin schon nach 35—55 Minuten erscheint. — Da man jetzt bei penetrierenden Verletzungen früh operiert, wird man selten das sekundäre Krankheitsbild treffen, welches durch die entzündlichen adhäsionsbildenden Reize der Galle zu Stande kommt. — Zur Behandlung kommt in erster Linie die Naht der Blase, event. ihre Exstirpation in Betracht, selten wird man sich mit Tamponade begnügen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

37) **Loubet.** Plaie du foie par coup de couteau.

(Presse méd. 1902. Nr. 30.)

Laparotomie zur Naht einer Leberstichwunde, welche durch starke Blutung das Leben bedrohte.

Die Blutstillung gelang durch 4 Katgut-Knopfnähte. Heilung.

Bertelsmann (Hamburg).

38) **Eschenhagen.** Über einen Fall von Fistelbildung zwischen den Gallenwegen und einem Bronchus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 30.)

Ein im Verlauf einer Cholangitis entstandenen Leberabszess war in die rechte Lunge durchgebrochen und hatte dadurch eine umschriebene Gangrän mit massenhaftem Auswurf verursacht. Wie die Sektion ergab, war der Abszess fast entleert. Auffallend war ferner das Fehlen der Leukocytose bei dieser intensiven eitrigen Entzündung. **Borchardt** (Posen).

39) **Antonelli.** Contributo alla operazione di Talma. Nell' ascite da cirrosi epatica malarica.

(Gazz. med. ital. 1902. Nr. 33 u. 35.)

A. machte die Talma'sche Operation (in der Grisson'schen Modifikation) wegen Ascites und Lebercirrhose in Folge Malaria. Milz sehr groß, Leber stark höckerig, geschrumpft. Nach der Operation Erbrechen, Ödem, Schlaflosigkeit, Versiegen der Urinfunktion und Wiederansteigen des Ascites. Die Ursache sucht A. in einer breiten Intoxikation der Niere durch die Einleitung des Portalblutes in den allgemeinen Kreislauf. Mehrere Punktionen wurden neben Diureticis nothwendig. Mit Vermehrung der Urinsekretion blieb der Ascites aus, auf dem Bauche entwickelte sich ein reichliches venöses Netz.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

40) **S. M. Melkich.** 2 Fälle von chronischer indurativer Pankreatitis. Die Diagnose der chronischen Pankreatitis.

(Prakt. Wratsch 1902. Nr. 38—41.)

M. beschreibt 2 Fälle. Im ersten Falle litt die 38 Jahre alte Pat. seit Dezember 1899 an chronischem Ikterus mit vorübergehender Besserung nach Bädern, Mineralwasser, Arsen subkutan. Zuweilen ist eine Geschwulst in der Gegend des Pankreas zu fühlen. Februar 1901 Operation (Prof. Bobrow): Hydrops der Gallenblase; Ductus choledochus am Ende undurchgängig. Im Pankreaskopf eine walnußgroße Geschwulst. Im Lig. hepato-gastricum Verwachsungen. Cholecystojejunostomie. Im August fühlte sich Pat. wohl; der Ikterus war geschwunden. — Fall 2 ist schon früher von Prof. Bobrow beschrieben (Die Chirurgie 1899 Nr. 28, russisch) und in diesem Blatte referiert. Hier verlief die Krankheit bei der 22 Jahre alten Pat. unter dem Bilde von Gallensteinkoliken mit Temperatursteigerung bei jedem Schmerzanfall. Bei der Operation fand man Verwachsung der Leber mit dem Querdarm und dem Netz, und im Pankreaskopf eine faustgroße, aus 3 Teilen bestehende Geschwulst. Lösung der Verwachsungen. Heilung. —

Beide Fälle wurden erst während der Operation richtig erkannt. Für Pankreaserkrankung sprechen Diabetes, Steatorrhoe, Vorhandensein zahlreicher unverdauter Muskelfasern im Kot, besonders aber eine tastbare Pankreasgeschwulst. Schwer

ist die Diagnose bei Fehlen dieser Symptome. Oft verläuft die chronische Pankreatitis unter dem Bilde eines hartnäckigen Icterus catarrhalis; hier hilft zuweilen die Glutoidreaktion Sahli's oder die Salolprobe Mortynow's. Eine andere Reihe der Fälle verläuft unter dem Bilde einer Cholelithiasis. Wichtig ist folgendes: entwickelt sich der Ikterus nach und nach mit Kolikanfällen ist die Gallenblase vergrößert unter Symptomen einer chronischen Cholelithiasis, und ist die Haut von olivengelber Färbung, so muß man eher an Pankreatitis, als an Gallensteine denken; dasselbe gilt vom Vorhandensein einer Geschwulst in der Pankreasgegend; doch kann letzterer für die Gallenblase gehalten werden (Fall 2). Noch schwerer zu erkennen sind die Fälle, wo sich die Pankreatitis zu Gallensteinkrankheiten gesellt (Riedel's Fälle). — Bei chronischem Ikterus infolge Verlegung des Ductus choledochus ist also an die Möglichkeit einer Pankreatitis zu denken. **Gückel** (Kondal, Saratow).

41) **E. G. Stumme.** Unsere Erfahrungen über die Cocainisierung des Rückenmarks nach Bier.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

In der v. Mikulicz'schen Klinik wurde 62mal die Cocainisierung des Rückenmarks vorgenommen, und zwar mit 1- und 2%igen Cocainlösungen 55mal, mit einer 5%igen Lösung von Tropacocain 7mal. In 40 Fällen trat vollkommene Analgesie ein, 9mal nur unvollkommene, in 12 Fällen blieb sie vollständig aus.

Nach der Injektion resp. dem Eintritt der Analgesie fanden sich häufig eine Reihe sehr unangenehmer Nebenwirkungen, wie Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbruch, allgemeine Beklemmungsgefühle, oftmals ein intensiver Tremor des ganzen Körpers. 2mal erfolgte richtiger Kollaps. Die Nachwirkungen waren teilweise ebenfalls äußerst unangenehm. Sie bestanden in anhaltendem Erbrechen, Kreuz- und Rückenschmerzen, sowie heftigen Kopfschmerzen. Einige Male trat geringe Harnverhaltung ein. Diese sehr unangenehmen Neben- und Nachwirkungen sowie die Unverläßlichkeit des Verfahrens sind die Veranlassung gewesen, daß an der Breslauer Klinik von der Bier'schen Cocainisierung des Rückenmarks wieder Abstand genommen wurde. **Blauel** (Tübingen).

42) **F. Zahradnický** (Deutschbrod). Narkosenstatistik.

(Časopis lékařů českých 1902. Nr. 31.)

Dem Beispiele Gurlt's folgend, wandte sich Autor mittels eines Fragebogens an die beteiligten Kreise in Böhmen behufs Zusammenstellung einer Statistik der Narkose und erhielt das Material von 4 Kliniken, 34 öffentlichen Krankenhäusern und Sanatorien und 22 Privatärzten zur Verfügung. Im ganzen sammelte er 30109 Narkosen. Davon entfielen auf die verschiedenen Präparate des Chloroforms 22645 Narkosen mit 68 Asphyxien und 10 Todesfällen, auf Äther 1217 Narkosen mit 10 Asphyxien und 1 Todesfall; gemischte Narkosen (Beginn mit Chloroform, Fortsetzung mit Äther) wurden 227 mit 8 Asphyxien vorgenommen, Narkosen mit einem Gemisch von Chloroform und Äther 233 mit 3 Asphyxien, mit Billrothmischung 5224 mit 42 Asphyxien und 1 Todesfall, schließlich mit einem Gemisch von Chloroform und Spirit. terebinth. 421 ohne üble Zwischenfälle; der Rest — 142 Narkosen — entfällt auf Bromäthyl, ebenfalls ohne üble Zufälle. — Von den Chloroformpräparaten bewährte sich am besten die Marke Anschütz: 1 Asphyxie auf 365 Fälle, kein Todesfall bei 3290 Narkosen. **G. Mühlstein** (Prag).

43) **Wormser.** Über Hautgangrän nach subkutaner Infusion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 41.)

W. sah nach subkutaner Infusion physiologischer Kochsalzlösung am Oberschenkel ausgedehnte Gangrän eintreten und glaubt, daß die von Baisch gegebene Erklärung, der Sodagehalt der Tavel'schen Lösung trage die Schuld, nicht haltbar sei. **Borchard** (Posen).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 2. Sonnabend, den 10. Januar. 1903.

I.

Mobilisierung des Duodenum und Gastroduodenostomie.

Von

Theodor Kocher in Bern.

Abgesehen von einigen völlig unbegründeten Angriffen gegen die von mir empfohlene Methode der Pylorusresektion mit folgender Gastroduodenostomie ist es wohl anerkannt, daß durch die letztere die bei weitem günstigsten Verhältnisse hergestellt werden für den Abfluß des Mageninhaltes. Es gibt kein Verfahren der Gastroenterostomie, bei welchem man so sicher alle Gefahr eines Rücktrittes von

Darminhalt, Galle und Pankreassaft in den Magen verhüten kann, wie mit diesem Verfahren.

Es ist deshalb natürlich, daß andere Autoren den Versuch gemacht haben, dieses Prinzip auf andere Affektionen auszudehnen mit entsprechender Modifikation.

Nach Villard[1] hat Jaboulay schon 1892 (einige Jahre nach Publikation meiner Methode, von welcher weder Jaboulay noch Villard im Jahre 1900 irgend eine Kenntnis gehabt zu haben scheint) den Gedanken geäußert, eine »Anastomose gastroduodenale« herzustellen bei Pylorusstenosen, und hat 1894 mit unglücklichem Erfolge operiert, indem er eine Falte der vorderen Magenwand mit dem Duodenum durch einen Murphyknopf verband.

Im April 1897 hat dann Villard diese Operation in verbesserter Form wieder aufgenommen. Er veröffentlichte 1900 3 Fälle dieser von ihm Gastro-duodenostomie sous-pylorique genannten Operation, wovon zwei mit Erfolg, und spricht in einer Fußnote von zwei weiteren Fällen, die er operiert habe und in einer zweiten Fußnote von einem weiteren glücklichen Falle.

Villard gibt sehr gute und genaue Vorschriften für die Ausführung dieser Operation, kommt aber für dieselbe zu einer immer noch beschränkten Indikation, obschon er die seiner Zeit von mir für die Gastroduodenostomie hervorgehobenen Vorteile gegenüber den gewöhnlichen Gastrojejunostomien gebührend anerkennt. Er sagt über die Indikation folgendes:

Die Gastroduodenostomie ist nicht bestimmt, ihre Vorgänger — die Pyloroplastik und Gastroenterostomien — zu ersetzen, aber sie ist zwischen diese beiden zu stellen, wo für die eine oder andere sich Kontraindikationen ergeben.

Im Zentralblatt für Chirurgie 1898 Nr. 29 veröffentlicht Henle einen Fall von Gastroduodenostomie aus der Klinik von Prof. v. Mikulicz, wo die Pyloroplastik bei einer Stenose sich als unmöglich erwies, aber das durch Narbenzug bedingte Aneinanderliegen der großen Kurvatur an der Pars superior duodeni zu einer Verbindung beider Teile einlud. Dieselbe wurde mittels Naht bewerkstelligt und hatte raschen, vollkommenen Erfolg.

Henle kommt zu dem Schluß, daß die Gelegenheit zur Ausführung der beschriebenen Operation »sich nicht oft bieten werde«. »Die meisten Fälle, welche für die Vornahme der Pyloroplastik nicht geeignet seien, werden auch die Gastroduodenostomie nicht zulassen«. Henle ist der Ansicht, daß eine »Verlagerung des Pylorus nach oben und die Verwandlung des oberen horizontalen Duodenalabschnittes in einen vertikalen oder wenigstens eine hochgradige Beweglichkeit des genannten Schenkels für künftige Fälle als Voraussetzung dienen müsse«.

Daß solche Verlagerungen nicht Bedingung sind, hat Villard

[1] Villard, Gastro-duodenostomie souspylorique. Revue de chir. Paris 1900. T. XXII.

durch seine Operationen bewiesen. Aber hier bestehen nun zwischen den von Villard gegebenen Figuren und seiner Beschreibung unerklärliche Widersprüche. Er sagt, er lege einen oberen Faden 1—1½ cm unter dem Pylorus am oberen Ende der zu machenden Inzision an, aber spricht dann wieder von Vereinigung der »deuxième portion du duodenum« mit dem Magen. Aus seiner Abbildung geht hervor, daß er durchaus nicht eine Anastomose souspylorique macht, sondern eine Vereinigung der Pars descendens duodeni mit dem Magen. Er sagt, daß dieser Teil tief gelegen sei und wenig beweglich, daher gute Assistenz von nöten sei, daß aber, wenn einmal oben und unten ein Faden angelegt sei, die Teile zur Nahtanlage genügend vorgezogen werden können. Wer das nachmachen will, wird finden, daß das keineswegs leicht ist, und in diesem Punkte scheint mir der Schlüssel der Frage zu liegen, ob die Gastroduodenostomie speziell bei gutartigen Stenosen eine größere Zukunft hat oder nicht. Den Nachweis zu leisten, wie man ihr diese Zukunft sichern kann, ist Zweck dieser Zeilen.

Die Schlinge des Duodenum hängt (Merkel) im Embryonalleben frei in die Bauchhöhle, zeigt auch noch bei Kindern eine größere Beweglichkeit, legt sich aber später mit der rechten Seite an die hintere Bauchwand, verklebt resp. verwächst mit ihr, und bloß ihre Vorderfläche ist von dem Parietalblatt des Peritoneum der hinteren Bauchwand bedeckt. Man kann sich aber am Kadaver überzeugen, daß die Schlinge sich verhältnismäßig leicht wieder so loslösen läßt, daß, wie im Embryonalleben die Pars descendens und die Flexura duodeni inferior beweglich wird und nach vorn gerichtet werden kann.

Es bedarf hierzu einer Trennung des dünnen und zarten Parietalblattes des Peritoneum auf der rechten Seite der Pars descendens duodeni. Die senkrechte Trennungslinie fällt vor die rechte Niere links von dem zum Colon transversum herabsteigenden Schenkel der Flexura coli dextra. Das Parietalblatt des Peritoneum hebt sich hier von der Vorderfläche der Niere ab zum Kolon und bildet das obere Blatt des Mesocolon transversum. Geht man neben dem vertikalen Teil des Duodenum über das Peritonealblatt der Niere mit dem Finger herauf, so kann man denselben oberhalb der Flexura duodeni superior in das Foramen Winslowii einführen und das die Vorderwand desselben bildende Lig. hepato-duodenale emporheben, welches die Vena portae, Arteria hepatica und den Ductus choledochus einschießt.

Wir empfehlen reichlich zwei Finger breit entfernt vom Rande des Duodenum, der Pars verticalis parallel, dieses dünne Peritonealblatt mit dem Messer zu spalten, damit nicht wie es bei einfachem Durchreißen desselben geschieht, die peritoneale Bedeckung der Vorderfläche des Peritoneum geschädigt werde.

Hebt man den gegen das Duodenum liegenden Teil des Peritoneum nach der Spaltung mit zwei Fingern empor, so kann man mit den anderen Fingern durch sanften Zug mit Leichtigkeit unter das

Duodenum gelangen und dasselbe von der Vorderfläche der Wirbelsäule, der Vena cava und event. der Aorta abheben mittels einfacher Abschiebung. Wenn man noch die gegen das Kolon absteigende Partie des Peritoneum spaltet, so kann man auch die Flexura duodeni inferior leicht mitabheben. Dabei wird kein einziges größeres Gefäß verletzt. Mit dem Duodenum wird der Kopf des Pankreas abgehoben, wodurch auch der konkave Rand, an dem eine Ablösung unzulässig ist, soweit mobil wird, daß er beim Emporheben des Duodenum keinen Widerstand entgegensetzt.

Die Rückfläche des Duodenum wird dabei nicht, wie man glauben könnte, bis auf die Muscularis entblößt, sondern behält — offenbar als Rest des früheren Peritonealüberzuges — eine bindegewebige Platte aufgelagert, welche zum Unterschied von der vorderen Fläche rauh erscheint.

Durch den eben beschriebenen Handgriff wird die Pars verticalis duodeni so beweglich gemacht, daß sie sich mit Leichtigkeit an die Vorderfläche der Pars pylorica des Magens oberhalb der großen Kurvatur anlegen läßt.

Die Grenze für die Ablösung des Duodenum ist durch das Verhalten der Gefäße gegeben. Vom konkaven linkseitigen Umfang des Duodenum herab ziehen aus der Arteria gastroduodenalis resp. ihrem Hauptzweig, der Art. gastro-epiploica dextra, erhebliche Gefäßäste zum Colon transversum herauf über die Pars inferior duodeni. Dieselben liegen unter dem oberen Blatt des Lig. gastro-colicum. Sie sind der Abhebung selbst der Pars inferior duodeni von der Wirbelsäule wenig hinderlich.

Schlägt man das Kolon nach oben, so sieht man, wie die aus der Art. mesaraica superior stammende starke Arteria colica dextra, die ebenfalls über das Duodenum herabläuft, den unteren und zum Teil lateralen Umfang des Duodenum umkreist, um zum Colon ascendens resp. der Flexura coli dextra zu ziehen.

Dieses Gefäß läßt sich weniger leicht als die Kolonäste aus den Vasa gastro-epiploica nach links schieben, hindert aber nicht, die Flexura duodeni inferior frei zu machen, so daß der ganze vertikale Schenkel sich von der Wirbelsäule ab- und zu bequemer Nahtanlage aus der Tiefe genügend herausheben läßt. Es geschieht dies in einer Ausdehnung, daß man Duodenum wie Magen ober- und unterhalb der beabsichtigten Naht zwischen zwei Fingern abklemmen kann, um sie ohne Gefahr des Austrittes von Darminhalt zu eröffnen.

Derjenige Teil, der am wenigsten beweglich gemacht werden kann, ist die Flexura duodeni superior, weil an diese das Lig. hepatoduodenale (mit Art. hepatica, Ductus choledochus und Vena portae) sich anlegt. Dieses Ligament und in seiner Fortsetzung der an den Pankreaskopf stoßende konkave Duodenalrand bilden die Drehachse, um welche der absteigende und untere Teil des Duodenum nach vorn gewendet werden kann. Der untere Drehpunkt ist durch die oben erwähnten senkrecht über die Pars inferior herabtretenden Ge-

fäße bestimmt, welche die Abhebung der Flexura inferior und eines Teiles des Pars inferior nicht beeinträchtigen.

Bei der ganzen Prozedur wird gar nichts verletzt, als das zarte Peritoneum getrennt vor der rechten Niere und zwischen dieser und dem Anfangsteil des Colon transversum und das lockere Zellgewebe vor der Vena cava und Aorta. Wir halten es für geraten, daß man dabei den Schnittrand des auf das Duodenum übergehenden Peritonealblattes angezogen erhalte, um es später über die hintere (jetzt nach rechts gewandte) Duodenalwand herüberzuschlagen. Die Vorderfläche (jetzt nach links gerichtet) des Duodenum, welche zur Vereingung mit dem Magen kommen soll, behält ihren völlig intakten Peritonealüberzug.

Für die Gastroduodenostomie ist dies ausschlaggebend; denn die vordere, durch die Mobilisierung zur linkseitigen gewordene Fläche der Pars descendens duodeni läßt dank diesem normalen Peritonealüberzug eine völlig sichere Vereinigung mit dem Magen zu, und zwar ohne Zerrung durch eingelegte Faden. Die leichte Verschiebbarkeit des Duodenum hat doppelte Wichtigkeit, wenn die Pars pylorica des Magens — wie so oft bei den Affektionen, welche die Operation indizieren — durch Narben und Verwachsung an ihrer Beweglichkeit eingebüßt hat. Von letzterer wird es abhängen, ob man die vordere Wand des Magens unmittelbar über der großen Kurvatur zur Vereinigung benutzt oder unter Trennung des Lig. gastro-colicum hinter der großen Kurvatur die Magenwand eröffnet. Erstere Methode ist die einfachere.

Bei der Erfahrung, die man mit der Gastrojejunostomie macht, daß zwar die verschiedenen Methoden — ich habe für unsere Gastrojejunostomia antecolica inferior in meiner Operationslehre die Beweise auf Grund von 100 Operationen niedergelegt — in der großen Mehrzahl der Fälle ausgezeichnete Resultate geben, aber doch hier und da einen Mißerfolg, sei es in Form eines Circulus vitiosus oder eines peptischen Ulcus, ist es begreiflich, daß mehr als ein Autor auf den Gedanken der Gastroduodenostomie gekommen ist. Gelingt es, den Mageninhalt in der Höhe der Einmündung von Galle und Pankreassaft oder oberhalb einzuleiten, so besteht keine Gefahr einer Ansammlung dieser Flüssigkeiten im Darm und daherigen Rückflusses; ebensowenig ist zu fürchten, daß ein Ulcus pepticum eintrete; denn die Neutralisierung des Mageninhaltes resp. Aufhebung der Pepsinwirkung findet in normaler Weise statt, sofort nach Eintritt in den Darm.

Prof. E. Tavel teilt mir mit, daß er im Jahre 1902 eine derartige Operation mit sehr gutem Erfolge gemacht habe bei einem Herrn, der infolge Ulcusblutung bei jeder Nahrungszufuhr sehr anämisch geworden war. Tavel hat gefunden, daß ein Einschnitt vor dem Pylorus, welcher erlaubt, die 2 Finger der linken Hand in Magen und Duodenum einzuführen, die Wunde zusammenzuhalten und emporzuheben, die Naht außerordentlich erleichtern.

Dann ist laut einer unvollständigen Notiz im Protokoll der Verhandlungen der deutschem Gesellschaft für Chirurgie im Jahre 1899 Krönlein einmal so verfahren. Endlich hat de Quervain durch Prof. Graser auf der Naturforscherversammlung 1902 in Karlsbad einen Fall von Gastroduodenostomie mitteilen lassen.

Koslowsky[2] hat 2mal die Gastroduodenostomia subpylorica ausgeführt und erklärt die Operation für eine ideale und vindiziert ihr einen großen Anwendungskreis.

Hier sei nur über die Art der Ausführung folgendes gesagt: Man macht am besten einen steilen Schrägschnitt, wie in unserer Operationslehre zur Freilegung der Gallenblase angegeben, 2 Finger breit unterhalb und parallel dem rechtsseitigen Rippenrand, in der Medianlinie beginnend. Man trennt schräg die Fascie, dann den M. rectus abdominis bis zu den breiten Bauchmuskeln, spaltet die tiefe Fascie und Peritoneum, bei muskulösen Leuten auch den Transversus (letzteren parallel seinen Fasern, die dann kräftig auseinandergezogen werden). Häufig finden sich Adhäsionen vom Kolon nach der Gallenblase, die getrennt werden müssen. Man zieht die Leber aufwärts, den Magen nach links, das Colon transversum und den absteigenden Schenkel der Flexura coli dextra nach unten und dringt auf das Duodenum los, bis man den lateralen Rand des letzteren deutlich erkennt. Über die Leberunterfläche wird eine Gaze gelegt und mittels Haken die Leber heraufgezogen; auch Magen und Kolon hält man am besten mit Krüllgaze zurück.

Drei bis vier cm vom Duodenum entfernt wird das zarte Parietalblatt des Peritoneum auf der Niere und senkrecht abwärts das obere Blatt des sich spannenden Mesokolon bis zu den größeren Gefäßästen gespalten, mit den Fingern der linksseitige Peritonealrand gespannt, emporgehoben und das Duodenum von der Wirbelsäule und Vena cava und event. Aorta abgeschoben, bis man es mittels der untergeschobenen Finger leicht emporhalten und an die Pars pylorica des Magens andrücken kann, so daß der Magen an den linken Wundrand angepresst und mit dem Duodenum verschlossen wird; eventuell werden beide Organe mit 2 Fingern ober- und unterhalb zusammengepreßt und die seitliche Anastomose mittels der üblichen Doppelnaht angelegt. Man kann eine genügend große Verbindung leicht herstellen.

Wer sich einmal überzeugt hat, wie leicht und genau sich unter Voraussetzung der Beweglichmachung des Duodenum diese laterale Gastroduodenostomie ausführen läßt, wird von da weg in erster Linie darauf bedacht sein, in dieser Weise der Indikation der Ableitung des Mageninhaltes bei Pylorusstenose zu genügen. Wir brauchen daher ganz und gar nicht, wie die bisherigen Autoren, das Verfahren auf besonders günstige Fälle zu beschränken, sondern wir stellen dasselbe geradezu als Normalverfahren in Konkurrenz mit allen bisherigen Methoden der Gastroenterostomie (resp.

---

[2] Russisch med. Rundschau 1902. Nr. 1. Berlin, Hirschwald.

-Jejunostomie) sowie mit der Pyloroplastik, d. h. wir stellen die Gastroduodenostomie über die bisherigen Operationsmethoden.

Eine Einschränkung erleidet das Verfahren nur durch zu große Schwierigkeit der Mobilisierung des Duodenum bei Vorhandensein ausgedehnter Verwachsungen an der unteren Leberfläche. Es lassen sich freilich auch diese Schwierigkeiten überwinden, wie wir uns bei unserem 3. Falle überzeugt haben; aber die Notwendigkeit, die Naht im Abdomen anzulegen, macht sie in diesen besonders schwierigen Fällen unsicherer. Deshalb konnte der Vorschlag zur Gastroduodenostomie souspylorique keinen allgemeinen Anklang finden. Den subpylorischen Teil des Duodenum kann man nicht herausheben, weil er gegen die Leber zu durch das Lig. hepatoduodenale mit den wichtigen Gefäßgebilden, die es enthält, in bestimmten Abständen festgehalten ist. Diese Fixation gegen die Unterfläche der Leber kann so stark werden, daß die obere Flexur des Duodenum eine Art Winkel bildet und der obere Teil der Pars descendens sich beim Herüberschieben über die Wirbelsäule an die Pars superior duodeni anschmiegt und erst die unteren $^{2}/_{3}$ oder der untere Teil der senkrechten Portion samt unterer Flexur an den Magen sich anlegen läßt.

Wir schlagen daher vor, statt des unzutreffenden Namens von Villard die Operation als Gastroduodenostomia lateralis zu bezeichnen im Gegensatze zu unserer Methode der Einsetzung des Duodenalendes in die hintere Magenwand nach Pylorusresektion. Man wird, wenn man einmal auf die Operation eingeübt ist, auf Fälle stoßen, bei denen auch nach Resectio pylori der Verschluß des getrennten Duodenum und die laterale Gastroduodenostomie am absteigenden Teil sich als zweckmäßig zeigen wird. Der durchschlagende Unterschied zwischen Villard's Gastroduodenostomie souspylorique und unserem Vorgehen besteht darin, daß wir — wie oben bewiesen — die Pars descendens, Flexura inferior und zum guten Teil die Pars inferior duodeni so beweglich machen, daß die Vereinigungsstelle ohne Schwierigkeit in die Höhe gehoben und unter dem Schutze rings eingeschobener Gazekompressen die Naht extraabdominal mit Bequemlichkeit und Sicherheit angelegt werden kann.

Wir gedenken in Zukunft diese Methode bei allen Fällen von Pylorusverengerung zu machen und nur bei ungewöhnlichen Schwierigkeiten (in Folge von starken Verwachsungen etc.) zu den bisherigen Methoden der Gastrojejunostomie zurückzugreifen.

Wir haben die Operation bis jetzt 5mal ausgeführt, 4mal bei Narbenstenose, 1mal bei karzinomatöser Stenose. Der Erfolg der Operation ist ein schlagender. Rücktritt von Galle findet entweder gar nicht oder bloß anfänglich bei klaffender und groß angelegter Öffnung statt. Man tut gut, die Kommunikation so hoch wie möglich anzulegen und nicht zu groß zu machen. Die Karzinompatientin war mit einem Schlage von allen ihren Beschwerden befreit. Nur eine Pat., welcher zugleich eine Cholecystostomie wegen Gallensteinen gemacht wurde, klagte über sehr lebhafte Schmerzen nachher. Daß

die Entleerung eines sackförmig nach unten erweiterten Magens nicht sofort so vollständig zustande kommt, wie bei der Gastrojejunostomia inferior, ist sicher. Man muß deshalb gelegentlich noch einige Zeit Magenspülungen vornehmen. Die genaueren Belege sollen — weil hier zu lang — anderswo mitgeteilt werden.

Bern, den 20. Dezember 1902.

II.

Sehnentransplantation und Verhalten der Sehnen beim Plattfuſse.

Von

Prof. Dr. **Ernst Müller** in Stuttgart.

Sehnenoperationen zur Behandlung des Plattfußes wurden bisher schon in verschiedener Weise vorgenommen: Verkürzung des M. tibialis posticus (Hoffa, Francke), Annähung des Tibialis anticus an die Unterfläche des Metatarsus I (Francke), Transplantation eines Teiles der Achillessehne auf die Sehne des Tibialis posticus (Nicoladoni u. a.).

Ich habe diesen Methoden eine weitere beigefügt und kann sie nach meinen bisherigen Erfahrungen warm empfehlen.

Sie besteht darin, daß die Sehne des Tibialis anticus von ihrer Insertion losgelöst und in einen Kanal des Os naviculare eingepflanzt wird.

Ich habe die Operation bis jetzt 13mal an 7 Pat. ausgeführt und bin mit dem Erfolge sehr zufrieden, behalte mir aber die Beschreibung der einzelnen Fälle vor, bis genügend lange Beobachtungszeit vorliegt.

Die Technik ist folgende: Bogenförmiger Schnitt entlang dem Rande des Fußgewölbes; der Schnitt beginnt hinten unterhalb des inneren Knöchels in der Mitte zwischen diesem und der Fußsohle und endigt vorn an der Basis des Metatarsus I. Im vorderen Wundwinkel wird die Insertionsstelle der Sehne des Tibialis anticus aufgesucht, durchtrennt und bis zur Fußgelenksgegend isoliert. Darauf wird die untere Fläche des Fußgewölbes ca. 1 cm weit nach auswärts freigelegt und nun ein bleistiftdicker Trepan von unten nach oben und etwas nach hinten durch das Os naviculare durchgebohrt und die Sehne mit einer Fadenschlinge durch den Kanal durchgezogen. Dann wird das Fußgewölbe möglichst weit in die Höhe gedrängt, die Sehne stark nach abwärts angezogen, ihr Ende um die Innenfläche des Os naviculare nach oben herumgeschlungen, und in dieser Lage mittels starker gekrümmter Nadeln durch Drahtnähte an dem Knochen fixiert. — Das Fußgewölbe wird so durch die Sehne wie an einem Zügel in die Höhe gehalten.

Zur Nachbehandlung lasse ich 4 Wochen lang einen Gipsverband tragen, dann folgt Massage des Unterschenkels und Widerstands-

bewegungen; bald auch vorsichtige Gehübungen, aber nicht ohne Plattfußsohlen; diese bleiben erst später, wenn die Muskeln wieder genügend erstarkt sind, weg.

Vor Beginn der Operation wird die Achillessehne tenotomirt; denn sonst gelingt es nicht, das Fußgewölbe bei supiniertem Fuße in die Höhe zu drängen.

Hoffa sagt in seinem Lehrbuche der orthopädischen Chirurgie, 3. Auflage, p. 889: das Verhalten der Achillessehne beim Plattfuße sei bisher noch fast gar nicht von den Kollegen gewürdigt worden. — Ich kann diesen Vorwurf für meine Person nicht annehmen; denn ich habe schon seit langem bei Plattfüßen die Sehne mit gutem Erfolge durchtrennt und bin der Ansicht, daß manche Plattfüße ihre Existenz überhaupt einer Verkürzung der Achillessehne verdanken. Ist die Sehne zu kurz, so kann der Fuß nicht durch Streckbewegung im Talocruralgelenke in rechten oder gar spitzen Winkel zum Unterschenkel gebracht werden; soll dies aber beim Stehen und Gehen doch geschehen, so wird der Fuß durch die Körperlast in seinem vorderen Abschnitte in die Höhe gedrängt, während der hintere Teil in Plantarflexionsstellung verharrt, und damit ist die Plattfußstellung gegeben.

Einen charakteristischen Fall dieser Art habe ich gegenwärtig in Behandlung. Ein junger Mann, der beim Militär gedient hat, hat vor einem halben Jahre das rechte Wadenbein gebrochen; er lag damit 5 Wochen zu Bett. Jetzt besteht, offenbar infolge mangelhafter Stellung des Fußes im Verbande, eine Verkürzung der Achillessehne derart, daß es nicht ganz reicht, den in der Mittelstellung befindlichen Fuß in rechten Winkel zum Unterschenkel zu bringen. Am unbelasteten Fuße ist gar nichts Abnormes zu sehen; sobald man ihn aber passiv dorsalflektirt oder den Mann stehen läßt, so senkt sich das Fußgewölbe.

Es findet hier unter dem Einflusse der Körperlast das Gleiche statt, was man erreicht, wenn der Klumpfuß ohne Tenotomie der Achillessehne korrigiert wird: der Klumpfuß wird in einen Plattfuß verwandelt, wie ich in einer kleinen Arbeit »Klumpfuß und Plattfuß« im »Med. Korrespondenzbl.« 1895 Nr. 8 beschrieben habe.

Auch das Tragen hoher Absätze, das ja vielfach beschuldigt wird, Plattfüße zu erzeugen, wirkt in der Art, daß durch die andauernde Plantarflexionsstellung des Fußes die Achillessehne sich verkürzt; kommt der Fuß dann auf ebenen Boden, so kann er keine Streckbewegung im Fußgelenke machen, denn es wird wieder nur der vordere Teil des Fußes nach aufwärts gedrängt, während der hintere gebeugt bleibt.

Besonders häufig findet man die Verkürzung der Achillessehne beim Knickfuße. Wird ein solcher Fuß auf den Boden aufgesetzt, so kann er sich nicht durch Bewegung im Fußgelenke in der gehörigen Weise dorsal flektiren; es wird daher zuerst der vordere Teil des Fußes durch abnorme Bewegung in den Gelenkverbindungen

zwischen vorderem und hinterem Teile des Fußes in die Höhe und zugleich in Pronations- und Abduktionsstellung gedrängt. Der hintere Teil des Fußes macht nur die letztere Art der Bewegung — die Pronations- und Abduktionsbewegung — mit. Die Ferse, an der unnachgiebigen Achillessehne wie an einem Pendel aufgehängt, beschreibt dabei einen Kreisbogen nach außen.

In anderen Fällen ist das Verhältnis zwischen Verkürzung der Achillessehne und Plattfuß das Umgekehrte; der Plattfuß ist das Primäre, die Verkürzung der Sehne das Sekundäre. Durch die dauernde Plantarflexionsstellung des hinteren Fußabschnittes kam es zu Verkürzung der Achillessehne, und diese unterhält nun wieder die Plattfußstellung und läßt ihre Korrektion nicht zu.

Die oben beschriebene Sehnenplastik halte ich besonders in den Fällen für gerechtfertigt oder angezeigt, bei denen ein scharfes, coulissenartiges Hervorspringen der Sehne des Tibialis anticus in der Fußgelenksgegend bei Belastung des Fußes stattfindet. Dieses Symptom wird in den Beschreibungen des Plattfußes nur für den kontrakten Plattfuß erwähnt, wo es sich um einen spastischen Zustand des Muskels handelt. Bei dem beweglichen Plattfuße wird es aber auch sehr häufig beobachtet, und ist oft auch am unbelasteten Fuße daran zu erkennen, daß die Haut über dem Verlaufe der Sehne braun pigmentiert ist. Diese Erscheinung verdient größere Beachtung; denn sie trägt mit dazu bei, den Plattfußzustand zu unterhalten.

Unter normalen Verhältnissen liegt die Sehne der Konvexität des Fußgewölbes, durch das Lig. cruciatum gehalten, straff an, und hilft mit, wie die Kette an einer Kettenbrücke, das Gewölbe hochzuhalten. — Gibt das Ligament nach, so verliert das Fußgewölbe einen der Faktoren, die es hochhalten.

In diesen Fällen wird man geradezu herausgefordert, der Tibialis anticus-Sehne wieder zu ihrer Funktion zu verhelfen.

---

1) V. Lieblein. Beiträge zur Kenntnis der chemischen Zusammensetzung des aseptischen Wundsekretes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

Nach Voranstellung eines Überblickes über die bisherigen Ergebnisse der chemischen Analyse des Wundsekretes berichtet Verf. über seine eigenen Untersuchungen der chemischen Zusammensetzung des aseptischen Wundsekretes.

Die Technik war folgende: Durch den unteren Wundwinkel oder eine an passender Stelle angelegte Schnittöffnung aseptischer Amputationswunden wurde ein weites, aber dünnwandiges Drainrohr 2—3 cm tief eingelegt, dann ein Kompressivverband darüber befestigt und das Rohr durch eine Öffnung desselben hindurchgeleitet. Über das hervorragende Ende wurde ein steriles, etwa 80 ccm fassendes Glaskölbchen gestülpt. Dieses Kölbchen wurde in Intervallen von 24 Stunden abgenommen, nach 3 Tagen ganz entfernt.

Die Menge des Sekretes nahm, nach großer Reichlichkeit am 1. Tage, bereits am 2. ab, um am 3. ganz zu versiegen. Die Farbe war am 1. Tage eine deutlich rote, am 2. schon heller, am 3. serumähnlich mit einem Stich ins rötliche. Mit einer Ausnahme, wo es sich wahrscheinlich um Bildung freier Fettsäuren handelte, war die Reaktion stets alkalisch.

Die Untersuchung auf den Gehalt an Eiweißkörpern ergab, daß auch im aseptischen Wundsekret bisweilen Eiweißkörper nachweisbar sind, welche nach ihrem chemischen Verhalten als zur Gruppe der Albumosen (Peptone) gehörig angesprochen werden müssen, und daß, wenn sie überhaupt auftreten, dieses am 1. Tage der Wundheilung geschieht. Sind Albumosen resp. Peptone auch später noch im Wundsekrete nachweisbar, so hat man darin einen Vorläufer der Abszeßbildung zu erblicken.

Der Gesamtstickstoffgehalt des aseptischen Wundsekretes war stets kleiner als der des Blutes.

Das von seinen festen Bestandteilen befreite Wundsekret, das Wundsekretplasma, erwies sich als eine Flüssigkeit, welche mit zunehmender Wundheilung albuminreicher und globulinärmer wird, und bei welcher bereits am 3. Tage der Wundheilung der Albumingehalt mindestens $^{9}/_{10}$ des Gesamteiweißgehaltes ausmacht.

Aus den Untersuchungen geht hervor, daß als die wichtigste Mutterflüssigkeit für das Wundsekret Blut und Lymphe zu betrachten sind, und zwar nimmt am 1. und 2. Tage der Wundheilung das Blut den wichtigsten Anteil, danach Lymphe und Interzellularflüssigkeit. Den Zellen als solchen scheint nur am 1. Tage der Wundheilung ein sekretorischer Einfluß zuzukommen. **Blauel** (Tübingen).

---

2) **H. M. King.** Poste-operative non-septic leucocytosis and other blood condition.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. September.)

Blutuntersuchungen im Anschluß an 17 größere Operationen an Erwachsenen ergaben bei günstigem Wundverlauf nach 6—48 Stunden stets eine Vermehrung der Leukocyten bis zu 10 000 im Kubikmillimeter. Wahrscheinlich tritt dieselbe meist innerhalb der ersten 12 Stunden nach der Operation auf, hat jedoch auf Puls und Temperatur keinen wesentlichen Einfluß. Bei ungestörtem Verlauf bleibt diese normale postoperative Leukocytose nicht länger bestehen; eine über viele Stunden anhaltende Zunahme der weißen Blutkörperchen auf 10 000 und mehr im Kubikmillimeter ist stets bedenklich. Die roten Blutzellen sind nicht vermehrt. **Bender** (Leipzig).

---

3) **St. Weidenfeld.** Über den Verbrennungstod.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXI. p. 33 u. 301.)

Im ersten Teil seiner Arbeit macht W. auf Grund der Literatur und zahlreicher eigener Untersuchungen genauere Angaben über die

Bedeutung der Größe der verbrannten Partien; bei Verbrennungen 3. Grades trat der Tod — auch wenn man die Fälle ausschließt, in denen er auf sekundäre Einflüsse (Eiterung) zurückzuführen ist —, selbst noch nach Verbrennung von $^1/_8$ der Körperoberfläche ein; bei $^1/_6$ war er noch ziemlich häufig; je größer die verbrannte Fläche, um so schneller erfolgte der Tod; wenn die Verbrennung tiefer geht, kann der Tod beschleunigt werden; Kinder gehen schon bei geringeren Verbrenungen zugrunde, weil sie eine relativ größere Körperoberfläche haben. Aus der »Klinik der Verbrennungen« ist speziell hervorzuheben, daß Verf. großes Gewicht auf ein Erythem legt, das er als toxisches deutet. Nach einer ausführlichen und kritischen Besprechung der Erklärungsversuche für den Verbrennungstod berichtet er über seine eigenen Untersuchungen. Es ist ihm gelungen, Tiere durch Einbringung von kurze Zeit gekochter Haut (aber auch von Muskeln) in die Bauchhöhle und unter die Haut zu töten; die Vergiftung war deutlich von der Menge der eingeführten gekochten Substanz abhängig; ihre Erscheinungen ähnelten denen der Verbrennung; aus der gekochten Haut konnten die giftigen Stoffe nur sehr langsam durch Wasser extrahiert werden. So wichtig also auch alle anderen Momente (Chok etc.) sein mögen, in der Hauptsache ist die Verbrennung eine Vergiftung. Transfusionen scheinen einen günstigen Einfluß zu haben. **Jadassohn** (Bern).

---

4) **V. Klingmüller.** Mikroskopische Untersuchungen über die Bedeutung der Reaktionszone nach Tuberkulininjektionen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LX. p. 109.)

Auf Grund der Untersuchung der Randpartien vorher mit Tuberkulin injizierter und nachher exzidierter Lupusherde kommt K. zu dem Schlusse, daß sich in der Reaktionszone mikroskopisch bereits typische tuberkulöse Prozesse finden; und er glaubt bewiesen zu haben, daß »jede örtliche nach Tuberkulininjektionen eintretende akute Entzündung das Zeichen für spezifische, an Ort und Stelle vorhandene, makroskopisch nicht nachweisbare Veränderungen ist«. (In diesem Umfange ist der Satz nicht ganz richtig; denn wir wissen doch auch, daß frühere Injektionsstellen auf spätere Injektionen reagieren — da ist doch von örtlicher Tuberkulose wohl keine Rede. Auch daß die sog. Tuberkulinexantheme weiter nichts als die »zusammengeflossenen Reaktionszonen vieler kleiner und kleinster Herde seien« ist wohl bisher noch nicht als bewiesen anzusehen.) Für die Therapie ergibt sich die Regel, vor der Behandlung durch eine Injektion von Alt-Tuberkulin die Grenzen der lupösen Erkrankung festzustellen und die Erfolge der Behandlung durch solche Injektionen zu kontrollieren. **Jadassohn** (Bern).

---

5) **L. F. Garrigues.** Some varieties of surgical tuberculosis with special reference to a new method of treatment.

(New York med. record 1902. August 23.)

Die Antimonbutter ist in der britischen Pharmakopoe offizinell und wurde hauptsächlich in der Tierheilkunde zur Reinigung von Wunden gebraucht. Dieser Liquor stibii chlorati, auf gesunde Haut gebracht, hat keine kaustische Wirkung, dagegen bildet sich ein mehr oder minder dicker Schorf auf Granulationsflächen. G. empfiehlt, besonders nach der Ausschabung tuberkulöser Herde, jeden 4. Tag die Wundfläche damit zu bestreichen, bis gesunde Granulationen erscheinen. Die übrige Abhandlung enthält eine klinische Besprechung verschiedener Formen chirurgischer Tuberkulose.

Loewenhardt (Breslau).

---

6) **Muñoz.** Tratamiento especifico de la pústula maligna.

(Revista de med. y chir. práct. Nr. 738.)

M. teilt eine spezifische Behandlung der Pustula maligna mit, die nach den bisherigen Beobachtungen nie im Stiche lassen soll. Folgendes sind die zu treffenden Maßnahmen: Desinfektion der Umgebung mit einer 1%igen Sublimatlösung; Eröffnung der an der Oberfläche befindlichen Bläschen mit Hilfe eines kleinen Bistouri; Kreuzschnitt durch das bereits mortifizierte Gewebe; dabei ist gut darauf zu achten, daß die Grenzen der Nekrose nirgends überschritten werden und kein Blut fließt; nochmalige Reinigung mit Sublimatlösung und Applikation eines Stückes Heftpflaster, das in der Mitte einen runden Ausschnitt von der Größe der Pustel hat. Nunmehr wird die Oberfläche der Pustel mit pulverisiertem Sublimat in großer Menge bestreut, und mit irgend einem Instrument dieses Pulver mit der aus der Pustel austretenden Flüssigkeit so lange und so intensiv vermengt, bis eine pastöse Masse entstanden ist, die dann gleichmäßig über die Fläche verteilt wird; dann folgt Bedeckung mit einem zweiten, aber nicht durchlöcherten Stücke Heftpflaster und Verband mit Sublimatgaze und Binden. Nach 24 Stunden wird die Wundfläche gereinigt, mit Sublimat abgespült und mit einem Salbenverband versehen. Irgend welche Intoxikationserscheinungen wurden nie beobachtet.

Stein (Wiesbaden).

---

7) **H. Graham.** Dengue: a study of its mode of propagation and pathology.

(New York med. record 1902. Februar 8.)

Die Literatur über das tropische Denguefieber ist ziemlich groß, die Ätiologie bisher nicht klargestellt. Epidemien wurden in Cuba, Jamaica, Ostindien, Madagascar, Kairo etc. beobachtet. Es scheint, daß die Krankheit gewisse höher gelegene Regionen nicht mehr erreicht.

Gelegentlich einer Epidemie in Syrien beobachtete Verf. Tatsachen, welche ihm sicher die Übertragung durch Moskitos zu erweisen schienen. Er ordnete auch durch die Abtötung aller Moskitos mit Chlorräucherungen in einzelnen Krankenzimmern vergleichende Versuche an, welche stets zu einem positiven Resultate führten im Sinne der alleinigen Möglichkeit, daß nur durch die Moskitos eine Weiterverschleppung stattfinden konnte.

Gleichzeitig fand sich in allen Präparaten ein so übereinstimmender Blutbefund vor, daß Verf. nicht ansteht, ein malariaähnliches Plasmodium, dessen Abbildung gegeben wird, als vermutliche Ursache anzusprechen. Abbildungen mit genauer Beschreibung müssen im Original nachgesehen werden. **Loewenhardt** (Breslau).

---

8) **Matzenauer.** Noma und Nosocomialgangrän.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LX. p. 373.)

Auf Grund literarischer und klinischer Erörterungen kommt M. zu dem Standpunkt, daß die Unterschiede, welche man gewöhnlich zwischen Noma und Hospitalbrand macht, nicht zu recht bestehen, daß auch die Noma ansteckend sein und an verschiedenen Körperstellen vorkommen kann, daß die Infektion beider Krankheiten vorzugsweise bei schwerkranken oder sonst unreinlichen Individuen und speziell an Substanzverlusten haftet; histologisch verhalten sich beide Prozesse analog, und M. hat in beiden die gleichen anaëroben Bazillen gefunden, welche er schon früher als die Ursache des Hospitalbrandes (und vielleicht auch anderer gangränöser Krankheiten) angesprochen hat. Noma muß also nach M. dem Spitalbrand zugerechnet werden. **Jadassohn** (Bern).

---

9) **H. Küttner.** Schonende Nachbehandlung septischer Operationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

K. gibt kurz einige wertvolle Winke, welche bezwecken sollen, dem Pat. nach Möglichkeit die Schmerzen und Beschwerden der Nachbehandlung septischer Operationen zu erleichtern. Dazu dienen: Anwendung von Drainageröhren an Stelle von Tampons; läßt sich Tamponade nicht umgehen, Verwendung eines oder mehrerer großer Mikulicz-Tampons; möglichstes Hinausschieben des ersten Verbandwechsels; Einschränkung des Manipulierens an der Wunde, Auseinanderhalten derselben mit stumpfen Wundhaken bei Einführung von Tampons oder Drains in enge Spalten, möglichste Vermeidung des Touchierens oder gar Abkratzens der Granulationen. Als erster Verband ist der feuchte zu bevorzugen, weil er schmerzstillend wirkt und das Wundsekret besser leitet als der trockene. Später treten Salbenverbände in ihre Rechte. Wenn neue Inzisionen notwendig werden, ist das Operieren im ersten Ätherrausch sehr zu empfehlen.

Blauel (Tübingen).

---

10) **Perez.** Sul potere antisettico del »tachilo« floruro d'argento.
(Policlinico 1902. Nr. 10.)

Fluorsilber (v. Paterno) wird in wässriger Lösung in den Handel gebracht und übertrifft nach P. die übrigen Silbersalze an antiseptischer Kraft. Die vegetativen Formen pathogener Pilze tötet es im Reagensglas in Lösungen von 1 : 20000 bis 200000, Sporen in 1- bis 5‰iger Lösung. In tierische Gewebe dringt es tiefer ein als die anderen Salze, hat weniger Neigung, mit eiweißhaltigen Flüssigkeiten sich niederzuschlagen. Giftig wirkt es erst in höheren Dosen und kann subkutan wie intravenös injiziert werden in 1‰iger Lösung.

Praktisch wurde es zu antiseptischen Spülungen und Verbänden von Wunden (der Keimgehalt des Eiters wird herabgesetzt), zu Ausspülungen von Scheide, Blase etc. verwandt. In kalte Abszesse oder tuberkulöse Fisteln injiziert, vermag es öfters dieselben zu rascher Ausheilung zu bringen.

Tiere, welche mit künstlichen Infektionen (Milzbrand, Typhus, Staphylokokken) injiziert wurden, konnten durch gleichzeitige oder bald darauf folgende Injektionen des Mittels am Leben erhalten werden, doch hängt das Resultat stark von dem Virulenzgrad der Infektion ab.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

11) **Kozlovsky** (Prag). Das Wasserstoffsuperoxyd in der Chirurgie.
(Sborník klinický Bd. III. p. 459.)

Das Wasserstoffsuperoxyd hat sich bei der Behandlung profus eiternder Wunden vorzüglich bewährt; es erfolgte eine rasche Reinigung, Abnahme der Sekretion und üppige Granulationsbildung; unangenehme Nebenerscheinungen werden nicht beobachtet. Die antiseptische Wirksamkeit ist jener des Sublimats gleich. Fußgeschwüre heilen unter Wasserstoffsuperoxyd sehr rasch. Schließlich bewährte es sich als ein vorzügliches Desoderans.

G. Mühlstein (Prag).

---

12) **Hoffmann.** Über Verschluß von Defekten am knöchernen Schädel durch der Nachbarschaft entnommene Knochenplättchen.
(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 33.)

Das Verfahren ist anwendbar bei der Trepanation des unversehrten Schädels, wenn das Wagner'sche Verfahren aus irgend einem Grunde nicht geht, bei subkutan entstandenen Defekten, Geschwülsten, bei komplizierten Frakturen, wenn Teile der Schädeldecke verloren gegangen sind oder wegen nicht genügender Garantie ihrer Asepsis nicht reimplantiert werden können. Es werden aus der Umgebung des Defektes 1—4 qcm große Stücke aus der Tabula externa gemeißelt, nachdem Periost zur Seite geschoben ist und

mit der glatten (äußeren) Fläche auf die Dura resp. das Gehirn gelagert. Ein Stück wird sorfältig an das andere gereiht, bis der ganze Defekt genau geschlossen ist. Dann wird die Haut darüber sorgfältig vereinigt. Es ist darauf zu achten, daß sich beim Nähen und beim Anlegen des Verbandes die Knochenstücke nicht gegeneinander verschieben.

Borchard (Posen).

---

13) **H. Morestin.** De l'incision esthétique rétro-auriculaire pour le traitement de quelques lésions cervicales ou parotidiennes.

(Gaz. des hôpitaux 1902. Nr. 101.)

Um die entstellenden Narben nach Operationen in den bezeichneten Gegenden zu vermeiden, verlegt M. den Schnitt in die Tiefe der Furche zwischen Ohrmuschel und Processus mastoid. Er macht ihn 2—6 cm lang und mobilisiert die umgebende Haut nach Möglichkeit. Nötigenfalls wird die Ohrmuschel abgelöst, der äußere Gehörgang unterminiert. Es erfolgt dann die Exstirpation der Geschwulst, die Entleerung des Abszesses usw. größtenteils im Dunkeln, wobei M. sich mit Vorliebe der Curette zu bedienen scheint. Die Blutung ist recht bedeutend, wird aber stets nur durch Kompression gestillt.

Zum Schluß wird ein Drain (für 2 Tage) eingelegt und tamponiert. Die Hautränder werden durch einige Seidennähte fixiert. Die Heilung erfolgt in kürzester Zeit, event. in 8 Tagen.

M. hat bei 4 Pat. den retroaurikulären Schnitt gemacht wegen eines Abszesses der Parotis, wegen einer Geschwulst dieser Gegend, wegen einer Cyste und wegen doppelseitiger nicht erweichter Lymphome, die bis zur Höhe des Zungenbeines hinabreichten. In keinem Falle ist irgend eine Asymmetrie der Gesichtshälften zurückgeblieben.

Nach M. ist die Operation bei entsprechender Vorsicht ungefährlich und für gewisse Affektionen zu empfehlen; für ungeeignet hält er sie bei tuberkulösen Abszessen. Endlich betont er, daß ausschließlich kosmetische Rücksichten zu diesem Verfahren berechtigen, dieses also nicht bei allen Pat. ohne weiteres indiziert ist.

V. E. Mertens (Breslau).

---

14) **O. Jalowiecki.** Über Wachstumsveränderungen an den Wirbeln nach Spondylitis tuberculosa.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Verf. beschreibt ein ihm von Schulthess zur Bearbeitung überlassenes Präparat von Pott'schem Buckel. Mit Hilfe instruktiver Abbildungen erörtert er an einem Sagittalschnitte die funktionelle Struktur der Knochen. Besonders interessant ist die Beobachtung, daß die Verminderung des physiologischen Druckes an den Wirbelkörpern lordotischer Stellen zu einer Reduktion in der Anbildung

von Knochensubstanz und die abnorm vermehrte Zugwirkung zu einer stärkeren Entwicklung der Intervertebralscheiben resp. des elastischen Materials Veranlassung geben kann.

J. Riedinger (Würzburg).

---

15) **W. Schulthess.** Über die Lehre des Zusammenhanges physiologischer Torsion der Wirbelsäule mit lateraler Biegung und ihre Beziehungen zur Skoliose unter Berücksichtigung der Lovett'schen Experimente.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 3.)

Verf. tritt der Frage näher, ob mit der normalen Seitenbiegung oder auch der Ausbiegung eine Drehung der Wirbelsäule (Torsion) verbunden ist. Im allgemeinen gilt folgendes Gesetz: Ein biegsamer Körper, er mag ganz oder teilweise aus elastischem Material bestehen oder aus anderweitig mechanisch verbundenen Teilstücken, wird nur dann eine symmetrische Beugung in einer bestimmten Richtung erfahren können, wenn er von dieser Richtung aus betrachtet symmetrisch gebaut ist, wenn die biegende Kraft in der Symmetrieebene anfaßt und in dieser Richtung wirkt. Verf. belegt diesen Satz mit einigen Experimenten an Fournierstreifen und Kautschuksäulen. Ist eine der genannten Bedingungen nicht erfüllt, so bleibt bei der Beugung der eine oder der andere Teil zurück, und es entsteht eine Formänderung, welche wir als Verwindung oder Torsion zu bezeichnen pflegen. Das Gelingen der Experimente erklärt aber noch nicht ohne weiteres die Torsion der menschlichen Wirbelsäule. Die Wirbelsäule, von der Seite betrachtet, ist nicht symmetrisch. Diese Eigenschaft läßt also eine Drehung bei der Seitenbiegung erwarten. Leichenversuche aber, die S. nach dem Vorgange von H. v. Meyer anstellte, ergaben die Möglichkeit reiner Seitenbiegung ohne Torsion. Hemmungsvorrichtungen sind nämlich geeignet, letztere zu verhindern. Es besteht demnach für Seitenbiegungen von nicht allzu großer Exkursion eine funktionelle Symmetrie. Unter dem Einfluß der Belastung wird dagegen die Torsion erzeugt. Wahrscheinlich spielen die Bänder dabei eine Rolle.

Verf. beschäftigt sich alsdann mit der Frage nach der Richtung der Torsion und dem Einfluß, den Ante- und Retroflexion bei gleichzeitiger Seitenbiegung auf dieselbe ausübt. Da sich hierüber eine Arbeit von Lovett (Boston) verbreitet, so bringt S. eine deutsche Übersetzung dieser in englischer Sprache veröffentlichten Arbeit (»The mechanics of lateral curvature of the spine«, Boston medical and surgical journal, Juni 1900).

Lovett experimentierte an menschlichen Leichen und am Lebenden und fand hauptsächlich, daß laterale Flexion und Torsion der Wirbelsäule zusammengehörende Teile einer kombinierten Bewegung sind. Keine kann ohne die andere bestehen. In anteflek-

tierter Stellung ist aber die Torsion nach der konvexen Seite hin gerichtet (wie bei der Skoliose), in retroflektierter Stellung nach der konkaven.

Daraus kann man schließen, daß es eine bestimmte Stellung der Wirbelsäule geben muß, in welcher eine Torsion bei Seitenbiegung nicht stattfindet. Somit finden auch die Resultate der Experimente von H. v. Meyer und S. eine befriedigende Erklärung.

S. ist geneigt, den Ergebnissen der Lovett'schen Untersuchungen an der normalen Wirbelsäule eine große Bedeutung beizulegen. Im übrigen ist er aber mit den Folgerungen Lovett's für Ätiologie und Therapie der Skoliose nicht überall einverstanden und vertritt in einer eingehenden Kritik den Standpunkt, daß man die Resultate der Experimente nicht ohne weiteres auf die Pathologie der Skoliose übertragen könne. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

16) **W. Schulthess.** Über die Prädilektionsstellen der skoliotischen Abbiegungen an der Wirbelsäule nach Beobachtungen an 1140 Skoliosen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Die Grundzüge dieser Arbeit sind vom Verf. schon auf dem I. Kongresse der deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie in einem Vortrage bekannt gegeben. Ein Bericht hierüber findet sich in Nr. 23 vorigen Jahrganges (mit einem Druckfehler: 2 statt 12 Brustwirbel). In der vorliegenden Publikation ist nunmehr das gesamte Material unverkürzt zusammengestellt. Es sind die Ergebnisse vieljähriger, unverdrossener, aber auch wissenschaftlich begründeter und zielbewußter Arbeit, die in mustergiltiger Weise uns vorgeführt werden. Nach der klinischen Seite sind die skoliotischen Formänderungen nirgends gründlicher untersucht worden. Es wird sich nunmehr darum handeln, die klinische Forschung mit der pathologisch-anatomischen in Einklang zu bringen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

17) **W. Schulthess.** Die Zuppinger'sche Skoliosentheorie.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 3.)

Zuppinger leitet die rechtskonvexe Dorsalskoliose von einer Abflachung der rechtsseitigen Rippen ab, wie sie durch Druck der Tischkante beim Schulsitzen erzeugt wird. Die Thoraxdeformität ist nach seiner Ansicht das Primäre, die anatomischen Veränderungen an der Wirbelsäule, insbesondere die Torsion, sind sekundär. S. kritisiert diese Theorie zwar scharf, aber durchaus sachlich.

J. Riedinger (Würzburg).



18) **L. Francassini.** Studio sperimentale, anatomo-patologico e terapeutico delle lussazioni superiori della estremità esterna della clavicola.

(Arch. di ortopedia 1902. Nr. 2.)

Infolge kompleter, nicht diagnostizierter und 3 Wochen im Kontentivverband gehaltener Verrenkung des akromialen Schlüsselbeinendes war es zu Drucknekrose der Haut über dem Knochen gekommen. Paci resezierte das Schlüsselbein auf 2 cm. Die Funktion der Schulter wurde völlig normal. F. empfiehlt dies Verfahren neben der blutigen Naht des Schlüsselbeins ans Akromion für geeignete Fälle kompleter Verrenkung.

Leichenexperimente über die Betheiligung des Bandapparates bei dieser Verletzung lehrten, daß bei alleiniger Zerreißung der Gelenkkapsel und ihrer Verstärkungsbänder nur eine inklompete Verrenkung zustande kommen kann. Zu einer kompleten kommt es erst, wenn das Lig. coraco-claviculare ein- oder teilweise vom Knochen abreißt. Eine völlige Zerreißung, wie manche Autoren behaupten, ist nicht erforderlich. Das sehr kräftige Band hält eine Belastung bis zu 80 kg aus, ehe es zerreißt; der Kapselapparat allein nur 36—42 kg; alle zusammen 80—142 kg. Aus diesem Grunde ist die unkomplete Verrenkung die häufigere.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

19) **Mc Lennan.** On removal of the superior row of carpal bones in acute septic disease of the wrist-joint.

(Glasgow med. journ. 1902. Oktober.)

In schweren Fällen fortschreitender Handphlegmone, bei welcher schon Vorderarmamputation beabsichtigt war, hat Verf. 3mal mit Erfolg die obere Reihe der Handwurzelknochen entfernt. Wenn sich schon frühzeitig ein Befallensein des Gelenkes erkennen läßt, wenn die Phlegmone sehr schnell fortschreitet, kann die Entfernung der Knochen das Weiterschreiten aufhalten. Dadurch wird die Gefahr der Pyämie verringert; die Schmerzen hören sehr bald auf. Die spätere Funktion des Gelenkes ist besser, weil sich nur eine bindegewebige Narbe, keine knöcherne Vereinigung bildet, das Gelenk wird eher wieder brauchbar. Oft sind Nachoperationen, Befreiung der Sehnen aus Narbensträngen u. dgl. nötig, in einem Falle hat Verf. mit gutem Erfolge, da ein Stück der Fingerbeugesehnen reseziert werden mußte und die Enden nicht so zu vereinigen waren, den Ursprung der Fingerstrecker losgetrennt und verlagert. Die Operation selbst bietet außer dem festeren Anhaften der Gelenkkapsel auf der Rückenfläche des Kahnbeines keine Schwierigkeit. Gegenöffnungen zur Drainage sollen stets angelegt, gleich nach der Operation mit Mull tamponiert, nach dem ersten, in Narkose (Bromäthyl) vorzunehmenden Verbandwechsel mit Röhren drainiert werden.

Krankengeschichte von 3 so behandelten Fällen ausführlich mitgeteilt.

Trapp (Bückeburg).

20) **Lund.** The iliopsoas bursa, its surgical importance and the treatment of its inflammatory conditions.

(Boston med. and surg. journ. 1902. September.)

1) Der Schleimbeutel unter dem Ileopsoas besitzt große chirurgische Bedeutung durch seinen Sitz unmittelbar unter den großen Nerven und Gefäßen und durch seine häufige Verbindung mit dem Hüftgelenk. Er reicht oft über den Beckenrand nach oben. 2) Bei Tuberkulose, eitriger und gonorrhoischer Entzündung des Hüftgelenkes kann er mit befallen sein, die von ihm ausgehenden Erscheinungen können das Krankheitsbild beherrschen. 3) Bei gonorrhoischer Entzündung des Hüftgelenkes bietet die Eröffnung des Schleimbeutels einen einfachen und leichten Weg zur Eröffnung des Gelenkes. 4) Bei Tuberkulose wird durch Eröffnung des Schleimbeutels bedeutende Erleichterung gewährt. 5) Am leichtesten wird der Schleimbeutel durch einen senkrechten Schnitt unterhalb des Leistenbandes zwischen Nerv. cruralis und Art. femoralis erreicht, der Ileopsoas wird am besten stumpf durchtrennt. 6) Wenn der Schleimbeutel mit dem Gelenk zusammenhängt, kann man von ihm aus Kopf und Pfanne deutlich befühlen. 7) Entzündung dieses Schleimbeutels soll man häufiger als bisher in Betracht ziehen bei plötzlichem Auftreten von Geschwülsten in der Leistengegend, welche tiefe Fluktuation zeigen, besonders wenn schon ein Hüftleiden besteht. Dazu 3 Belegfälle.

Trapp (Bückeburg).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie in Leipzig. Direktor Prof. Th. Kölliker.)

Wanderniere und Skoliose.

Von

Dr. **Otto Bender,** Assistenzarzt.

Im folgenden sei in Kürze über eine Beobachtung berichtet, welche über die Entstehungsweise mancher Skoliosen eine Aufklärung zu bringen vermag und auch deshalb Beachtung verdient, da ähnliches anscheinend weder in Lehrbüchern noch in der Literatur bisher vermerkt wurde.

Margarete W., 22 Jahre alt, aus Leipzig. Anamnestisch ist von Belang, daß Pat. sich seit 3½ Jahren mit Liniieren beschäftigt und diese Tätigkeit täglich 11 Stunden lang stehend ausgeübt hat. Seit 1½ Jahren fühlt sie bei der Arbeit, beim Bücken, bei Drehbewegungen des Rumpfes ziehende Schmerzen in der rechten Lendengegend; die gleichen Empfindungen hat sie nachts beim Umdrehen des Körpers im Bette. Zuweilen traten auch anfallsweise so starke Schmerzen auf, daß Pat. zusammensank, doch waren diese Anfälle nur von kurzer Dauer. Allmählich verschlimmerte sich der Zustand; dabei wanderten die Schmerzen, welche sich anfänglich oberhalb des rechten Trochanter in Ausdehnung eines Handtellers lokalisierten, zuletzt mehr nach hinten in die rechte Kreuzgegend.

Pat. ist ziemlich anämisch, von untersetztem Körperbau, mittlerem Ernährungszustand. Bei Untersuchung in aufrechter Stellung findet sich eine Scoliosis dorsal. sin. lumbal. dextr. I.—II. Grades, d. h. verbunden mit leichter Drehung der Wirbelsäule um ihre Längsachse im Lendenteil, ferner eine totale Rumpfabweichung von $2^{1}/_{2}$ cm nach links. Auf Druck läßt sich nirgends an Knochen oder Weichteilen der Lendengegend Schmerz hervorrufen; nur wenn man versucht, den Rumpf zu redressieren, fühlt Pat. ihre oben genannten Beschwerden. Das Becken steht beiderseits gleich hoch.

Die Verkrümmung der Wirbelsäule kann durch Suspension oder Vorwärtsbeugen des Rumpfes vollständig ausgeglichen werden, teilweise dadurch, daß Pat. sich links auf die Fußspitze erhebt.

In Rückenlage steht die linke Spina il. ant. sup. 2 cm höher wie rechts, das linke Bein zeigt eine dementsprechende scheinbare Verkürzung. Die Skoliose innerhalb der Wirbelsäule bleibt demnach bestehen, die Stellung des Beckens zu derselben aber ändert sich derart, daß der Lendenteil nun wieder senkrecht auf dem Becken steht, daß also keine Entspannung der rechten Lendengegend gegenüber der linken mehr statthat. Das schmerzerzeugende Moment ist demnach in Rückenlage aufgehoben.

Die Skoliose war zweifellos auf die Schmerzen in der rechten Kreuz- und Lendengegend zu beziehen, und es wurde zunächst auf Neuralgien im Bereich des Plexus lumbalis geschlossen, wie sie Nicoladoni zuerst als Ursache von Skoliosenbildung beobachtet hat; man dachte also an ähnliche Verhältnisse, wie wir sie am Ischiadicus unter dem Bilde der Ischias scoliotica kennen; vielleicht lag auch diese Erkrankung selbst vor, in deren Beginn oft Hüftschmerzen auftreten.

Es schien die Skoliose somit hinreichend erklärt, wenn man nach der Theorie von Albert, Charcot, Erben annahm, daß durch die Neigung der Lendenwirbelsäule nach der kranken Seite hin unwillkürlich die schmerzhafte Lendenpartie entspannt, die Nerven daselbst von Zug und Druck entlastet würden. Die übrigen Erscheinungen an Brustwirbelsäule und Rumpf waren als kompensatorische anzusehen. Auffallend blieb immerhin, daß typische Druckschmerzpunkte fehlten, wie sie Nicoladoni, Erben u. a. angegeben haben, daß in Rückenlage alle Beschwerden verschwanden, daß vor allem jene plötzlichen, heftigen Schmerzen sich zeitweise einstellten.

Zunächst wurde mit Massage der Rückenmuskulatur, orthopädischer Gymnastik und Moorbäderbehandlung eine Besserung der Schmerzen versucht, aber nicht erzielt; vielmehr klagte Pat. neuerdings über Schmerzen in der rechten mittleren Bauchgegend. Bei mehrmaliger Untersuchung konnte man rechts vom Nabel in der Linea alba lateralis eine rundliche, schmerzhafte Resistenz abtasten, welche reichlich die Größe einer Niere hatte, bei bimanueller Palpation etwas beweglich schien, bei linker Seitenlage deutlich nach links hinten zurücksank.

Die Diagnose mußte auf rechtsseitige Wanderniere gestellt werden, und die subjektiven Symptome sowie die Entstehung der Skoliose gewannen dadurch ein verändertes Aussehen. Alle auf Lumbalneuralgien bezogenen Beschwerden konnten auch auf die Wanderniere zurückgeführt werden, es fanden aber auch die bisher unerklärten Erscheinungen ihre Deutung. Das Fehlen der Druckschmerzpunkte war nun erklärt, in dem Aufhören der Beschwerden in Rückenlage ein bekanntes Merkmal der beweglichen Niere gegeben; das Umherziehen der Schmerzen ließ sich mit der veränderten Lage des Organs im Laufe der Zeit in Einklang bringen; endlich hatten die Schmerzparoxysmen wohl in vorübergehenden Einklemmungen der Niere ihre Ursache. Störungen in der Nierensekretion durch Ureterabknickung, Anzeichen von Hydronephrose liegen nicht vor, sind auch früher nicht beobachtet worden.

Die bewegliche rechte Niere hatte also die Schmerzen und deshalb auch die Krümmung der Lendenwirbelsäule nach rechts hervorgerufen. Um dem schmerzhaften Zug und Druck zu entgehen, welchen die Niere an ihrer Umgebung, besonders dem Peritoneum erzeugte, hatte Pat. unwillkürlich eine Haltung angenommen und später dauernd beibehalten, bei welcher die Niere am ehesten eine

Unterstützung fand und die Zugwirkung möglichst aufgehoben war. Diese Haltung besteht in einer Neigung der Lendenwirbelsäule nach der kranken Seite, da auf diese Weise der Spielraum der Wanderniere zwischen ihrem ursprünglichen Sitz und dem Becken verkleinert wird, und das herabsinkende Organ vielleicht leichter einen Halt gewinnt; vielleicht beruht die Haltungsanomalie auch nur auf Reflexwirkung.

Anfänglich ist die Skoliose durch Wanderniere sicher nur eine habituelle, sie kann auch in unserem Falle durch Suspension oder Bücken vollständig gehoben werden; später wird die Verkrümmung dauernde Formen annehmen.

Differentialdiagnostisch gegenüber der Skoliose bei Ischias und anderen Neuralgien ist, abgesehen von den objektiven Symptomen der Wanderniere, welche ja oft nicht mit Sicherheit gedeutet werden können, auf das Fehlen der typischen Druckschmerzpunkte, das Schwinden der Beschwerden in Rückenlage, das langsame Wandern der Schmerzen, die Schmerzparoxysmen zu achten; auch muß die Erfolglosigkeit der orthopädischen Behandlung stutzig machen.

Als ideale Therapie wäre in erster Linie die Nephrorraphie anzusehen, auf welche Pat. sich jedoch nicht einlassen will. Immerhin würde die Skoliose auch dann noch einer gesonderten Behandlung bedürfen, wie sie in oben angedeuteter Weise fortgesetzt wird. Außerdem wurde eine große Pelotte nach Art eines Bruchbandes angefertigt, welche die Niere nach hinten und oben halten soll.

---

21) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung am 10. November 1902.

Vorsitzender: Herr F. Krause.

1) Herr R. F. Müller: Head'sche Zonen bei chirurgischen Abdominalerkrankungen.

Unter Head'schen Zonen versteht man hyperästhetische Hautbezirke, welche im wesentlichen den Hautbezirken entsprechen, auf denen sich die Eruptionen des Herpes zoster entwickeln. Diese Zonen decken sich nicht mit den Ausbreitungsbezirken peripherer Nerven, sie sind Projektionen von Spinalzonen; man unterscheidet auch 8 Cervikal-, 12 Dorsal-, 5 Lumbal-, 4 Sakralzonen. Die Beziehung zwischen ihnen und den inneren Organen muß man sich so vorstellen, daß die Sympathicusäste eines bestimmten Organes und die sensiblen Äste der dazugehörigen Hautzonen in die gleichen Rückenmarkssegmente einstrahlen, demnach die Hautzonen zugleich ein Schema der Sympathicusversorgung der inneren Organe dartellen. Head hat diese Zonen in Gestalt eines Schemas auf die Hautoberfläche aufgezeichnet. Man prüft auf diese Zonen, indem man eine Hautfalte zwischen den Fingern rollt.

M. hat seit 1½ Jahren im Augusta-Hospital fast regelmäßig vor Laparotomien auf das Vorhandensein dieser Zonen untersucht. Ziemlich regelmäßig fanden sich Zonen bei frischer Appendicitis; die Hyperalgesie liegt in der Nähe des Mac-Burney'schen Schmerzpunktes, mit welchem er nicht verwechselt werden darf. Bei einem Unfallverletzten kann ihr Vorhandensein wesentlich werden; in einem Falle lenkte Schmerz im Gebiete der 10. Dorsalzone, die zum Hoden Beziehung hat, die Aufmerksamkeit auf dieses Organ, und M. konnte als Ursache der Empfindlichkeit ein Hodentrauma ermitteln und den Kranken vom Verdachte der Simulation befreien. Ein anderes Mal wies Hyperalgesie der 7.—9. Dorsalzone auf den Magen; kurz danach wurde ein Magengeschwür manifest.

Es konnten die Zonen ferner differentialdiagnostisch verwertet werden zur Entscheidung, ob ein Tumor der Leber oder Niere angehörte; die Zonen wiesen auf die Leber, die Operation gab die Bestätigung.

Im allgemeinen, bemerkt M., dürfe man nicht zuviel erwarten. Weitere Untersuchungen, besonders bei Gallen- und Nierensteinen etc., seien wünschenswert.

2) Herr W. Braun: **Zur Pathogenese und Therapie des Darmverschlusses.**

B. hat bei der Operation einer traumatisch entstandenen Invagination einen Befund erhoben, der die spastische Theorie der Invagination stützt. Er operierte $3^1/_2$ Stunden nach einem Hufschlage gegen die linke Bauchseite bei einem jungen Menschen eine linksseitige inkarzerierte Leistenhernie. Nach Lösung des Schnürringes floß viel klares Transsudat aus der Bauchhöhle. Die Laparotomie zeigte die zu- und abführenden Darmschlingen mäßig gebläht; entfernt von diesen war eine $^1/_2$ m lange Jejunumschlinge tetanisch kontrahiert; in ihrer Mitte fand sich ein Knoten, der sich als Invagination herausstellte, die nur durch festen Zug zu lösen war. Puls vor der Operation 48, nach der Operation 80. Heilung.

Er berichtet weiter über 2 äußerst rapid verlaufene Fälle von Darminvagination.

1) Operation 48 Stunden nach Eintritt der beim Heben einer Last entstandenen Invagination; es bestand diffuse jauchige Peritonitis. Vorlagerung und Eröffnung des Darmes. Tod.

2) 8monatliches Brustkind erkrankte nach Genuß von Pfefferkuchen. Operation 24 Stunden später. Die Invagination konnte mühsam gelöst werden. Tod kurz danach.

B. bespricht das auf Grund zahlreicher Erfahrungen im Augusta-Hospital nach folgenden Gesichtspunkten geübte operative Vorgehen bei Ileus:

1) Der Eingriff in der Bauchhöhle soll so lokal und schonend wie möglich gestaltet werden;

2) wird in jedem Falle der geblähte Darm eröffnet und durch Anlegung einer Kotfistel für dauernde, gründliche Entleerung desselben gesorgt.

Nur bei Frühoperationen und genau gestellter örtlicher Diagnose soll man darauf ausgehen, das Hindernis sofort zu beseitigen. (Demonstration eines geheilten Falles von Strangulationsileus.) Bei Dünndarmileus mit unbekanntem Sitze soll man von den kollabierten Schlingen aus das Hindernis suchen.

Bei kollabierten Pat., und auch bereits wenn erheblicher Meteorismus besteht, wird nur Entlastung des Darmes angestrebt; das systematische Suchen und die Eventration sind als zu schwere Insulte aufgegeben.

Ist es gelungen, das Hindernis zu beseitigen, und ist dabei eine schwer veränderte Schlinge gefunden, so wird sie vorgelagert. Prinzipiell wird auf primäre Resektion und Vereinigung verzichtet, ein Standpunkt, der auch für die gangränösen Hernien vertreten wird. In geeigneten Fällen werden 2 Darmschlingen vor der Eröffnung der strangulierten Stelle mit einigen Nähten zwecks späterer Anlegung der Krause'schen Anastomosenklemmen vereinigt. Nicht nur bei drohender Gangrän wird die betroffene Darmschlinge eröffnet, es wird vielmehr jetzt bei jedem Ileus für die nächsten Tage eine Kotfistel angelegt, und zwar nach dem Witzel'schen Prinzip der Fistelbildung mit Einbettung eines Drains. Die Erfahrungen damit sind gute; es ist die Besudlung und Maceration der Bauchhaut vermieden, was besonders wichtig ist, wenn zweizeitig operiert wird; die Inanitionsgefahr bei hochgelegener Fistel ist beseitigt, die Fistel schließt sich meist spontan. Als Beispiel wird ein Fall von Ileo-kolostomie bei nicht exstirpierbarem Karzinom des Colon ascendens angeführt; Entfernung des Drains am 4. Tage; es ist danach kein Tropfen Darminhalt mehr aus der Ileumfistel geflossen.

Die Entleerung des Darmes durch Punktion bezw. Inzision und sofortigen Verschluß der Wunde durch Naht ist nicht genügend, weil der Abfluß aus entfernteren Darmpartien sehr allmählich oder nur durch eingreifende Manipulationen in Gang kommt. Den Gefahren einer längerdauernden Insuffizienz oder Paralyse an der Einklemmungsstelle wird dadurch nicht begegnet.

Bei den durch Karzinom oder Striktur bedingten Verschlüssen am Dickdarme wird nur da, wo es sich leicht ausführen läßt, die betroffene Darmpartie vorgelagert und sofort oberhalb des Verschlusses eine Kotfistel angelegt; es wird ebenfalls nicht primär reseziert. In den übrigen Fällen wird zunächst nur eine Kotfistel etabliert.

Demonstration eines Pat., bei dem wegen hochgradigen Meteorismus infolge dysenterischer Mastdarmstriktur eine Coecalfistel angelegt wurde. Die Fistel schloß sich nach Bougieren des Mastdarmes spontan. Interessant war die Beobachtung, daß nach kleinen Wassereinläufen das Wasser einige Minuten später unter antiperistaltischen Bewegungen des Kolons aus der Fistel entleert wurde.

3) Herr F. Krause: **Zur Freilegung des Kleinhirns und der hinteren Felsenbeinfläche.**

Es besteht ein wesentlicher Unterschied, ob wir die hintere Fläche des Felsenbeines wegen Eiterung oder Tumoren freilegen müssen. Im ersten Falle reicht die v. Bergmann'sche Schnittführung stets aus. K. stellt einen 9jährigen Knaben vor, bei dem im Anschlusse an Masern eine Mittelohreiterung aufgetreten war. Die Aufmeißelung (durch Dr. Jansen) führte zunächst Heilung herbei; 3 Wochen später aber stellte sich Stirnkopfschmerz, Nackensteifigkeit, Abducenslähmung, Lichtscheu, bald auch etwas Benommenheit ein. Als die Temperatur auf 39,6, die Pulszahl auf 140 plötzlich anstieg, nahm K. in Gemeinschaft mit Dr. Jansen die Operation am 30. Mai vor. Von dem v. Bergmann'schen Schnitte aus wurde die obere Kante und hintere Fläche des Felsenbeines bis zu 7,8 cm Tiefe freigelegt, um einen an jener Fläche bis in die Nähe des Foramen jugulare liegenden extraduralen Abszeß zu entleeren; als Ursache dieses fand sich in großer Tiefe an der hinteren Felsenbeinfläche nahe der oberen Kante eine Nekrose des Knochens, welche durch eine enge Fistel mit dem Antrum in Verbindung stand. Die tiefste Stelle des Abszesses entsprach dem Orte, wo der Abducens über die obere Felsenbeinkante zieht. Der heftige ein- und gleichseitige Stirnkopfschmerz erklärt sich daraus, daß das Tentorium cerebelli, das an der hinteren Felsenbeinkante inseriert, vom Ramus recurrens des linken Trigeminusastes innerviert wird, welch letzterer die vordere Schädelgrube und die Stirn versorgt. Die bedrohlichen Erscheinungen gingen rasch, die Abducenslähmung allmählich zurück. Der Knabe wird in blühender Gesundheit vorgestellt; das Gehör hat nur wenig gelitten.

Zur Freilegung von Geschwülsten im ganzen Bereiche der hinteren Schädelgrube ist das intradurale Vorgehen erforderlich. Zunächst bespricht K. jene Tumoren an der hinteren Felsenbeinfläche, welche als Acusticusneurome bekannt und neuerdings von Henneberg und Koch als Geschwülste des Kleinhirnbrückenwinkels beschrieben sind. Bereits vor $4^1/_2$ Jahren hat K. aus anderen genau erörterten Gründen die hintere Felsenbeinfläche bis in die Gegend des Porus acusticus int. freigelegt, darüber aber noch nichts veröffentlicht. Die Methode ist folgende: Es wird die Kleinhirnhemisphäre mittels eines Haut-Periost-Knochenlappens mit unterer Basis freigelegt und die Dura mater in gleicher Weise lappenförmig nach unten geschlagen. Die Hemisphäre hebt sich, wenn der senkrecht und mit dem Kopfe etwas vornüber gebeugt sitzende Kranke nach der anderen Seite geneigt wird, durch ihre eigene Schwere vom Felsenbeine ab; leichter und äußerst vorsichtiger Zug mit K.'s Hirnspatel (dasselbe wie bei Exstirpation des Ganglion Gasseri) legt dessen hintere Fläche vollends frei. Unterbindung einer vom Sin. petr. sup. kommenden Vene; 3 cm vom Knochenrande entfernt sieht man den Acusticus und Facialis in den P. acust. int. eintreten, reichlich $^1/_2$ cm nach hinten und unten von ihnen Glossopharyngeus, Vagus und Accessorius von unten heraufziehen. Die hintere Felsenbeinfläche ist nun zugänglich.

Endlich bespricht K. die Freilegung des Kleinhirns. Tumoren sind ja hier im allgemeinen zu diagnostizieren, nur kommen leicht Verwechslungen mit Hydrocephalus internus vor. Das schwierigste aber ist die Bestimmung der Seite, auf der sie sitzen; dies ist nicht selten unmöglich. Daher rät K., gleich beide Kleinhirnhemisphären freizulegen. Ein großer rechtwinkliger Lappen mit unterer Basis umfaßt das Hinterhaupt zwischen beiden Warzenfortsätzen und reicht nach oben hin etwas oberhalb der Protuberantia occip. ext. Der Knochen wird bei nicht besonders kräftigen Leuten am besten fortgenommen. Es werden beide Sinus transversi und sigmoidei freigelegt. Die Dura mater wird dicht unterhalb jener, medianwärts dieser durchschnitten, der Sinus occipitalis doppelt unterbunden und durchtrennt, hierauf die Bedeckung beider Kleinhirnhemisphären als ein Lappen

nach unten umgeschlagen. Die Sinus transversi und das Tentorium bleiben unberührt. Wird letzteres mit dem Hirnspatel nach oben gehoben, so kann man beide Hemisphären und den Oberwurm in großer Tiefe übersehen, ferner kann man die Hirnteile abtasten, die Hemisphären auch anatomisch insidieren, wie K. getan. Die geschilderte Operation hat er bei einem 18jährigen Mädchen mit allen Symptomen des Kleinhirntumors ausgeführt. Es fand sich kein solcher, aber eine sehr erhebliche Raumverengerung der hinteren Schädelgrube durch eine enorme Kyphose des Schädelgrundes im Gebiete des hinteren Keilbeines und der Pars basilaris des Occiput. Die Operation besserte die Symptome, später traten von neuem Hirndruckerscheinungen ein und Exitus. Das sehr merkwürdige Präparat wird demonstriert.

In der geschilderten analogen Weise hat K. in einem anderen Falle beide Kleinhirnhemisphären mit Erhaltung des Knochens in zwei Sitzungen freigelegt. Der Kranke ist erst 3 Jahre später gestorben.

(Der Vortrag soll in Bruns' Beiträgen zur klin. Chirurgie erscheinen.)

4) Herr Selberg: Beiträge zur Rückenmarkschirurgie.

S. spricht über 4 von Prof. Krause operierte Fälle.

1) 24jähriges Mädchen mit Spina bifida in Höhe des 2. Lendenwirbels und Pes equino-valgus; sie hatte ohne Beschwerden mit einer Schiene gut laufen und tanzen können. Seit 1900 zunehmende Schwäche im rechten Beine, Taubsein und Kribbeln. Es fand sich an Stelle der fehlenden 2 Proc. spin. lumb. eine hühnereigroße, höchst schmerzhafte Spina bifida, außerdem Störungen der Sensibilität und Temperaturempfindungen, die auf Beteiligung der Lumbalsegmente 2—5, Sakralsegment 1 hinwiesen. Es wurde außer der Spina bifida ein gutartiger Tumor des Rückenmarkskanals angenommen, der die Kompressionserscheinungen machte. Bei der Operation fand sich ein intradurales Lipom mit der Medulla verwachsen, das abgetragen wurde. Glatte Heilung.

2) Ein 32jährigr kräftiger Mann erkrankte vor einigen Monaten mit Schmerzen der Lumbalgegend und der Beine, zu denen sich eine totale schlaffe Paraplegie der Beine mit Blasen- und Mastdarmstörungen gesellte. Totale Aufhebung aller Sensibilitätsqualitäten unterhalb der Grenze von Dorsalsegment 6 zu 7. Diagnose: Myelitis transversa oder Neubildung. Laminektomie am 4. und 5. Dorsalwirbel: es zeigten sich in der Arachnoides sulzige Infiltration und miliare Knötchen = Arachnitis tuberculosa. Exstirpation war nicht möglich. Die Wunde heilte völlig zu. Tod 15 Tage nach der Operation an Pneumonie. Demonstration des Rückenmarks.

3) 24jährige Dame, die durch Prof. Remak wegen Tumor der Cauda zur Operation überwiesen wurde. Symptome: Lähmung der linken Gesäßmuskulatur, partielle Peroneuslähmung, exsessive Schmerzhaftigkeit des Kreuzbeines und Sensibilitätsstörungen im 3.—5. Lumbalsegment. Laminektomie am 3. Lumbal- und 1. Sakralwirbel. Es fand sich ein inoperables Angiosarkom der Pia mater des 12. Dorsal- und 2. Sakralwirbels. Tod in der Nacht im Kollaps. Demonstration des Präparates.

4) 7jähriger Knabe mit Spondylitis tuberculosa, bei dem sich nach Varicellen eine totale (spastische) Lähmung der Beine, der Blase und des Mastdarmes entwickelte. Die Operation zeigte, daß 3 Wirbelkörper (5.—7. Dorsalwirbel) kariös zerstört waren, daß das Mark durch tuberkulöse Granulationen komprimiert wurde. Exkochleation derselben; dabei wurde antevertebral Eiter aus dem hinteren Mediastinum entleert; Drainage. Die Wunde heilte; die Lähmungen änderten sich erst nach 5 Monaten; jetzt, 18 Monate nach der Operation, ist die Motilität wieder hergestellt, das Allgemeinbefinden gut. Der Knabe geht selbständig und hält Urin und Kot (Demonstration).

Herr Israel erwähnt im Anschluß daran eine Operation, die er wegen eines Chondromyxosarkoms des Wirbelkörpers vorgenommen hat. Er resezierte die rechte Hälfte des 6. Dorsalwirbels; es wurde dabei die Pleurahöhle eröffnet. Das Rückenmark wurde zu Kartenblattdicke komprimiert. Das Resultat war gut, die sensiblen und motorischen Störungen besserten sich.

5) Herr Maragliano: Resektion des Pylorus und Querkolons.

M. nahm wegen eines Karzinoms des Pylorus mit Drüsen an der großen und kleinen Kurvatur die Resektion des Pylorus vor, wobei die Arteria colica media unterbunden werden mußte. Es zeigte sich schon während der Operation, daß der mittlere Teil des Colon transversum in seiner Ernährung gestört war, während die seitlichen Partien normal waren. M. resezierte nicht sofort, sondern schloß zunächst die Bauchhöhle, um sie am nächsten Tage wieder zu öffnen und das Kolon zu besichtigen. Dasselbe sah in größerer Ausdehnung schlechter aus als bei der Operation, die in Ernährung gestörte Partie war scharf begrenzt. Resektion 2—3 cm im gesunden, Vereinigung durch Murphyknopf. Pat. bekam eine Kotfistel und machte eine Bronchopneumonie durch. Die Kotfistel heilte. Er hat jetzt erheblich an Gewicht zugenommen.

M. gibt sodann einen Überblick über die Resultate der von Krause im Augustahospital vorgenommenen Magenoperationen. 13mal wurde die Magenresektion ausgeführt, 12mal wegen Karzinom, 1mal wegen Sanduhrmagens; 4 Pat. sind gestorben, 3 an Herzschwäche, 1 an Nahtinsuffizienz. 36mal wurde die Gastroenterostomie ausgeführt mit 12 Todesfällen, 5 an Pneumonie, 6 an Herzschwäche resp. Macies, 1 an Circulus vitiosus = 33% Mortalität.

M. reseziert bei sehr geschwächten Pat. nicht sofort, er macht erst die Gastroenterostomie, um 4—5 Wochen später die Resektion auszuführen.

6) Herr F. Krause: a. Über Sanduhrmagen.

Laparotomie der 41jährigen Kranken vor 1¾ Jahr. Außer sehr starker Zwerchsackform zeigte der Magen an der kleinen Kurvatur, genau gegenüber der tiefen Furche, ein fingergliedgroßes, infiltriertes Ulcus; fingerdicke Kommunikation zwischen den Teilen des Zwerchsackes. Resektion des erkrankten Teiles als 2 Finger breiten Streifens und Vereinigung der Magenschnittränder durch zweireihige Seidennaht. Heilung.

b. Ersatz des gelähmten Quadriceps femoris durch die Flexoren des Unterschenkels.

Vorstellung eines 13jährigen Knaben, der mit gutem Resultate nach Krause's Methode (s. Deutsche med. Wochenschrift 1902 Nr. 13) Ende Juli 1902 operiert wurde. Der Kranke kann das Kniegelenk aktiv strecken und geht den ganzen Tag ohne Beschwerden umher. **R. Wolff** (Berlin).

---

22) K. Franze. Zur Statistik und Kasuistik des primären Extremitätenkrebses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

In der v. Hacker'chen Klinik wurden in den Jahren 1882—1901 insgesamt 21 Fälle von primärem Extremitätenkarzinom beobachtet. Dieselben betrafen 8mal den Unterschenkel und das Knie, 6mal den Handrücken, 4mal die Fußsohle und Ferse, 2mal den Oberschenkel und einmal den Vorderarm.

Nach dem Vorgange von Rudolf Volkmann teilt F. dieselben in 3 Gruppen ein. Der ersten Gruppe gehören diejenigen Karzinome an, welche aus einer Narbe oder aus Fisteln, Geschwüren oder entzündlich veränderter Haut entstehen. Dieser Gruppe ließen sich 11 Fälle einreihen. Die Karzinome der zweiten Gruppe entwickeln sich aus Muttermälern und angeborenen oder erworbenen Warzen. Dafür fanden sich 5 Beispiele, 2 für die Entstehung aus kongenitalen, 3 für diejenige aus später erworbenen Warzen. Der dritten Gruppe gehören diejenigen Karzinome an, welche sich ohne nachweisbare Ursache auf anscheinend normaler Haut entwickeln. Auf diese Gruppe entfallen die letzten 5 Beobachtungen.

Bei einer Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Statistiken der primären Extremitätenkarzinome ergibt sich eine definitive Heilung in 65,2%, ein tödlicher Ausgang in 34,8% der Fälle. **Blauel** (Tübingen).

23) **W. Müller.** Heilung eines Falles von Tetanus nach Duralinfusion von Tetanusantitoxin.

(Deutsche Ärztezeitung 1902. Nr. 18.)

Mit der Mehrzahl der Chirurgen teilt Verf. die Ansicht, daß das Tetanusantitoxin die in dasselbe gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt habe und hat sich daher der von v. Leyden veröffentlichten Einverleibungsart durch Lumbalpunktion, welche bessere Erfolge versprach, zugewendet.

In der Tat gelang es damit, einen sehr schweren traumatischen Tetanus zu heilen. Nach einer gewöhnlichen subkutanen Injektion erhielt Pat. in Zwischenräumen von 2—3 Tagen 4 subdurale Infusionen von 5 ccm Antitoxinserum. Die Punktion wurde stets in Narkose nach Ablassen von 10 ccm Cerebrospinalflüssigkeit vorgenommen. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

24) **Kreibich.** Behandlung der Aktinomykose mit lokalen Jodipininjektionen.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung vom 17. Januar 1902.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 4.)

K. hat an Stelle der lokalen schmerzhaften Jodkaliinjektionen resp. der inneren Verabreichung von Jodkali in 3 Fällen von Aktinomykose im Gesicht (2 der Wangenhaut, 1 am Unterkieferwinkel) innerhalb 5 Wochen durch Jodipin Heilung erzielt, die im zuletzt behandelten Falle auch schon über $4^1/_2$ Monate anhält. Verbraucht wurden 2mal ca. 30 g des 10%igen, im 3. Falle 30 ccm des 25%igen Jodipins. Die Injektionen sind nicht schmerzhaft. In dem letzten Falle war die Anschwellung der Wange etwa handtellergroß und zeigte das typische Bild der Hautaktinomykose. Es trat hier eine völlige Restitutio ad integrum der Haut ein, die von der Unterlage abhebbar ist. Injiziert wurden in 4—5tägigen Intervallen je 3 ccm. Nach den Erfahrungen des 3. Falles rät K., von dem 25%igen Präparat Gebrauch zu machen. **Hübener** (Dresden).

25) **A. Lambotte.** Note sur une nouvelle suture osseuse. Fixateur à vis pour les fractures des os longs.

(Journ. de chir. et annal. de la soc. belge de chir. 1902. Nr. 4.)

L. hat zur Fixation von Knochenbruchstücken einen Apparat konstruiert, der eine weitere Ruhigstellung unnötig machen soll, also die Bewegung der anliegenden Gelenke gestattet und der bequem anzulegen und abzunehmen ist. Der Apparat besteht aus 4 Eisenstäben. Je 2 werden in ein Knochenfragment eingeschraubt. Die anderen Enden werden durch 3 starke Schrauben zwischen 2 Stahlplatten zusammengehalten. Angelegt wird der Apparat in folgender Weise: Die Bruchstelle wird durch einen genügend großen Schnitt freigelegt. Das Periost braucht nicht abgelöst zu werden. Nach der Reposition wird 2 cm oberhalb der Bruchlinie an der dicksten Stelle des Knochens genau senkrecht ein Loch bis in die Markhöhle gebohrt und der erste Eisenstab angeschraubt. Der zweite wird in derselben Weise etwa 2 Querfinger weiter oben befestigt. Die beiden letzten Stäbe kommen an die entsprechenden Stellen des anderen Fragments. Dann werden die Stäbe zwischen die Stahlplatten festgeschraubt. Die Wunde wird bis auf die Durchtrittsstellen der Stäbe genäht. Eine weitere Ruhigstellung des verletzten Gliedes ist nicht nötig.

Der Apparat wird in 3 Größen für Femur-, Tibia- und Humerusbrüche hergestellt. Verf. hat ihn 3mal bei 2 Oberschenkelbrüchen und einem Schienbeinbruch angewendet. Die Kranken stehen vor der Heilung.

Die Hauptschwierigkeit beim Anlegen des Apparates besteht nach Verf. darin, die 4 Eisenstäbe in einer Linie im Knochen zu befestigen, da bei der geringsten Neigung eines Stabes nach der Seite sich das untere Fragment mitdreht.

Läwen (Leipzig).

26) C. Frazier and W. Spiller. A further report upon the treatment of tic douloureux by division of the sensory voot of the Gasserian ganglion.

(Philadelphia med. journ. 1902. Oktober 25.)

F. hat vor einem Jahre bei einer 68jährigen Frau wegen Trigeminusneuralgie die sensible Wurzel des Ganglion Gasseri durchschnitten. Die Frau ist seitdem frei von Anfällen geblieben. Haut, Kornea und Konjunktiva der betreffenden Seite sind noch völlig anästhetisch. An der Hornhaut haben sich keine Geschwüre gebildet. F. knüpft an diesen Fall eine Reihe von Erwägungen, die zu gunsten der Durchschneidung der sensiblen Wurzel des halbmondförmigen Ganglions gegenüber der gänzlichen Entfernung desselben sprechen.

Eine der Hauptschwierigkeiten, die bei der Operation zu überwinden sind, ist die Blutung. Dieselbe kann erfolgen aus der Art. meningea media, den Venenemissarien und dem Sinus cavernosus. Das Ganglion erhält in der Hauptsache seine Blutzufuhr von unten her. Die erheblichste Blutung erhält man daher, wenn man, wie es bei der Totalexstirpation nötig ist, das Ganglion von der Schädelbasis abzulösen hat. Dieser zeitraubende und schwierige Akt der Operation fällt bei der einfachen Durchschneidung der sensiblen Wurzel ganz weg. Auch eine Verletzung des Sinus cavernosus ist bei letzterer Operation nicht so leicht möglich, da man mehr an der hinteren Seite des Ganglions arbeitet, während der Sinus an der inneren Seite desselben liegt. Nach F.'s Erfahrung ist es wohl möglich, bei der Durchschneidung der sensiblen Wurzel die motorische zu schonen. (Im berichteten Falle ist es nicht geschehen.) Man vermeidet hierdurch die Lähmung der Kaumuskulatur, die bei beiderseits nötiger Operation bedenklich werden kann. Die bei der Exstirpation unvermeidliche Durchschneidung des mit dem Ram. ophthalmicus verlaufenden N. abducens fällt bei Durchtrennung der sensiblen Wurzel weg. F. hofft, durch die leichtere Vermeidung von Nebenverletzungen werde sich auch die Sterblichkeit der Operation bessern.

S. hat mit F. Versuche an Hunden gemacht und glaubt, daß die Möglichkeit einer Regeneration der sensiblen Wurzel nach der Durchschneidung nur eine entfernte sei. Diese Ansicht wird durch die Ergebnisse der Untersuchungen Bethés gestützt, nach denen nur die mit einer Schwann'schen Scheide versehenen Nerven regenerieren zu können scheinen. In F.'s Falle ist die Hautanästhesie auf der operierten Seite durch 1 Jahr dieselbe geblieben. Es haben sich nach S.'s Ansicht, selbst wenn sich im übrigen Teil des Nerven neue Achsencylinder gebildet haben, diese dort nicht gebildet, wo die Schwann'sche Scheide fehlt, namentlich am Eintritt der sensiblen Wurzel in die Brücke. S. glaubt, bei Durchschneidung der sensiblen Wurzel werde sich nicht so leicht ein Rezidiv bilden, da sich das periphere Ende der Wurzel zurückziehe, und für die neuen Nervenfasern die Erreichung einer Verbindung mit dem tief in der Brücke gelegenen sensorischen Trigeminuskern durch den subduralen Raum hindurch sehr erschwert sei. Auf Grund dieser Erwägungen stellt S. für künftige Operationen die Forderung auf, die sensible Wurzel dicht an der Brücke abzuschneiden und möglichst viel von ihr zu resezieren. S. bringt auch das Fehlen von Hornhautveränderungen mit dem Erhaltenbleiben des Ganglions in Beziehung. Er vermutet, daß das Ganglion einen trophischen Einfluß auf die peripheren Trigeminusäste ausübe.

Läwen (Leipzig).

27) F. T. Stewart and R. H. Harte. A case of severed spinal cord in which myelorrhaphy was followed by partial return of function.

(Philadelphia med. journ. 1902. Juni 7.)

Der Heilungsverlauf mancher Rückenmarksverletzungen spricht für die Wahrscheinlichkeit, daß sich die zerrissenen Nervenstränge im Marke regenerieren können. Es sind Fälle bekannt, bei denen sich die Funktion voll wiederherstellte, obwohl durch die Kompression und die darauffolgende Myelitis zahlreiche Achsencylinder zerstört waren. Ferner sind Fälle, bei denen alle Symptome für eine

völlige quere Zerquetschung des Markes sprachen, zur Ausheilung gelangt. Diese Fälle sprechen gegen die Annahme Schiff's, daß nur eine funktionelle Wiederherstellung eintrete, indem der unverletzte Teil des Markes die Funktion des verletzten übernehme.

Auf Grund des folgenden, im Pennsylvania-Hospital zu Philadelphia beobachteten Falles halten Verff. bei Durchtrennung des Markes mit einem scharfen Instrument oder einem Geschoß die Naht für indiziert.

Eine 26jährige Frau hatte aus einem Revolver (Kaliber 32) 2 Schüsse in den Rücken bekommen. Das eine Geschoß konnte leicht aus der Einschußöffnung in der rechten Lendengegend entfernt werden. Das andere war an einem Punkte etwa 1 Zoll nach rechts vom 7. Brustwirbel in den Rückenmarkskanal eingedrungen. Die Verletzte hatte, als sie den Schuß erhielt, keine Schmerzen. Dann stellte sich das Gefühl ein, als ob die untere Körperhälfte fehlte. Schließlich wurde sie bewußtlos. Bei der Untersuchung fand sich eine Lähmung beider Beine und Aufhebung der Hautanästhesie im unteren Körperabschnitte bis zu einer Linie, die hinten quer durch den unteren Teil des 10. Brustwirbels, vorn durch einen Punkt $3^1/_4$ Zoll oberhalb des Nabels ging. Über diesem Hautgebiete fand sich ein Abschnitt von Hyperästhesie, der bis zum Schwertfortsatz reichte, aber noch vor der Operation ebenfalls anästhetisch wurde. Die Reflexe der unteren Extremitäten waren aufgehoben.

3 Stunden nach der Verletzung wurde in Äthernarkose durch einen etwa 5 Zoll langen Schnitt der 7. Brustwirbel freigelegt. Der rechte Bogen desselben war völlig zerschmettert, der linke an der Basis gebrochen. Mit Hilfe von Zangen wurden die Dornfortsätze und Bögen des 7. und 8. Brustwirbels entfernt und hierdurch die verletzte Markpartie freigelegt. Das Mark war quer durchtrennt. Zwischen den Fragmenten lagen das Geschoß und zahlreiche Knochensplitter. Nach Entfernung derselben betrug der Defekt $^3/_4$ Zoll. Es gelang mit einer feinen Nadel die beiden Fragmente durch 3 Chromkatgutnähte zu vereinigen. Die eine Naht durchgriff das Mark in der ganzen Dicke von vorn nach hinten, die beiden anderen wurden quer gelegt. Schwierigkeiten stellten diesem Teile der Operation die Enge des Wundgebietes, die weiche Konsistenz des Markes und der weite Defekt in demselben entgegen. Das Katgut riß mehrfach aus. In den Rückgratskanal wurde für 24 Stunden ein Gazedrain eingeführt. Muskel- und Hautnaht. Die Wundheilung verlief ohne Störung.

Das Gebiet der Hautanästhesie nahm an Ausdehnung allmählich von oben ab. Am 34. Tage nach der Operation wurden Nadelstiche vorn bis zu den Poupartschen Bändern, hinten über dem Kreuzbein gefühlt und mit reflektorischen Muskelzuckungen beantwortet. Lokalisiert wurden Nadelstiche nach 16 Monaten bis zu einer Linie quer durch einen Punkt $2^1/_2$ Zoll unter dem Nabel. Tast-, Temperatur-, Schmerz- und Ortssinn stellten sich überall bis zu einem gewissen Grade wieder her. Auch die Reflexe der unteren Extremitäten, insbesondere die Patellarreflexe sowie der Rektusreflex, traten wieder auf. Die motorische Lähmung ging erheblich zurück. Nach 16 Monaten vermochte Pat. die Zehen, Unter- und Oberschenkel zu beugen und zu strecken. Auch die Rotation im Hüftgelenk konnte wieder ausgeführt werden. Auf eine Stuhllehne mit der Hand gestützt vermochte die Kranke selbst zu stehen. Die Blasenfunktion besserte sich wesentlich. Während der Urin in der ersten Zeit nicht spontan entleert werden konnte, erfolgten nach 16 Monaten täglich 3 Spontanentleerungen. Nur im Schlafe blieb etwas Inkontinenz zurück. Auch die Mastdarmlähmung ging zurück. Nach 6 Wochen konnte der Stuhl noch nicht gehalten werden, doch konnte die Kranke den Abgang desselben merken. Nach 16 Monaten erfolgte jeden 2. Tag eine normale Entleerung. Bei Durchfall blieb eine gewisse Inkontinenz bestehen. Die Menses stellten sich nach 7 Monaten wieder ein, blieben regelmäßig, waren aber mit Schmerzen im Unterleib und Beinen verbunden. Trophische Störungen an den Hautgebilden traten nicht auf.

An der Leiche gelang es Verf., einen 1 Zoll langen Rückenmarksdefekt durch die Naht auszugleichen. Läwen (Leipzig).

28) **Fontana e Vacchelli.** Sopra quattro casi di deformità congenita della mano di cui tre famigliari.

(Arch. di ortopedia 1902. Nr. 2.)

F. und V. beobachteten 4mal eine angeborene Verkürzung des 4. Metakarpus um etwa 1/3 seiner Länge als einzige Anomalie der Hand; bei zwei Schwestern an beiden, ihrer Mutter an der linken Hand, und an einer nicht mit jenen verwandten Frau an der linken. Das Köpfchen des Metakarpus ist etwas flacher als normal, die Gelenkverbindung lockerer, die Funktion der Hand kaum gestört. Weitere erbliche Beziehungen waren nicht nachzuweisen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

29) **Bannes.** Zur Kasuistik der Luxatio carpo-metacarpea.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 34.)

Durch Hufschlag, während Pat. eine Peitsche in der Hand hielt, war eine dorsale Verrenkung des 2. und 3. Metakarpalknochens im obigen Gelenke entstanden. Das Röntgenbild bestätigt die Diagnose. Einrenkung durch Zug am Mittelfinger und Druck auf die herausgetretenen Basen der Metakarpalknochen.

Borchard (Posen).

30) **G. Gotti** (Parma). Su di un caso di lipoma della mano.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 6.)

16jähriger Bursche hat seit 9 Jahren etwa, nach einer Quetschung der rechten Hand, an dieser, sowohl an der Palma wie am Dorsum, entsprechend dem 2. bis 4. Metakarpus je eine »mandarinen«-große Geschwulst, unter der unveränderten Haut verschieblich, aber in der Tiefe fixiert, mit glatter Oberfläche, derb elastisch, schmerzlos. Keinerlei Funktionsstörung. Die Geschwulst ist ein Lipom, welches in seinen beiden Teilen durch eine Brücke im 2. Intermetakarpalraum zusammenhängt. G. möchte dieser Form, neben den vier gewöhnlich beschriebenen Gruppen von Lipomen an der Hand, eine selbständige Stellung zuweisen, weil die Geschwulst, wie sich bei der Operation ergab, aus dem Zellgewebe unter der Aponeurosis palmaris profunda zwischen dieser und den Knochen und Mm. interossei ihren Ursprung hatte.

J. Sternberg (Wien).

31) **R. Grässner.** Zur Kasuistik der Hüftgelenkspfannenbrüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIV. p. 576.)

Beckenbrüche und unter ihnen die Pfannenbrüche leichteren Grades werden außerordentlich leicht und oft übersehen und als Kontusionen behandelt. Bei gründlicher und zweckmäßiger Untersuchung sind sie aber unschwer als häufiger zu konstatieren, wie G. dadurch beweist, daß er über 7 einschlägige Fälle berichten kann, welche von Anfang September 1901 bis Ende Mai 1902 im Kölner Bürgerhospital beobachtet wurden, und denen noch 2 Fälle aus Bardenheuer's Privatpraxis sich anreihen. Die Einzelheiten (s. Original) übergehend, führen wir nur die von G. als charakteristisch für die Pfannenbruchdiagnose bezeichneten Symptome an: »Heftige Schmerzen im Hüftgelenk bei Druck auf den Trochanter und bei Stoß gegen die Ferse, keine Verkürzung des Beines, Rand der Trochanterspitze in der Roser-Nélaton'schen Linie, Annäherung des Trochanters an die Mittellinie mit Abflachung der Trochantergegend, beschränkte und schmerzhafte Innenrotation, Druckempfindlichkeit der Pfannengegend bei tiefen Eindrücken dicht über dem Lig. Pouparti in die Regio hypogastrica, druckempfindliche Vorwölbung der Pfannengegend bei rektaler Untersuchung. Überdies zeigt auch das Röntgenbild die Vorwölbung resp. Fraktur des Pfannenbodens und läßt dasselbe eine eingekeilte Schenkelhalsfraktur ausschließen (cf. Skizze eines Skiagramms, auf welchem ein spitziges Fragment zu sehen ist). Nicht beobachtet wurden in den Kölner Fällen Krepitation bei Druck auf den Trochanter und Ekchymosen oberhalb des Poupart'schen Bandes. In einem Falle erfolgte durch einen Riß in der Vena iliaca tödlicher Ausgang. Die Behandlung bestand in Extension nach

Bardenheuer: Längsstreckung des ganzen Beines, dazu Querextension des oberen Oberschenkelendes nach außen, um den Schenkelkopf aus der gebrochenen Pfanne abzuziehen. Um Ausweichen nach der gesunden Seite zu verhüten, außerdem noch Querextension über die Hüfte nach der kranken Seite.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **W. Whitehead. Observations on the »open method« of treating exceptional cases of septic arthritis of the knee.**

(Brit. med. journ. 1902. Juni 21.)

Bei einem Manne, welchem der innere halbmondförmige Zwischenknorpel des Kniegelenkes entfernt worden war, trat unglücklicherweise eine septische Entzündung des Gelenkes ein. Die sehr schweren Allgemeinerscheinungen gingen nach Inzision und Drainage des Gelenkes nicht zurück. Die vorgeschlagene Amputation wurde verweigert, weshalb sich W. entschloß, das Gelenk weithin freizulegen. Es wurden nach querer Durchsägung der Kniescheibe bei Beugstellung die Ligg. cruciata durchschnitten, alle Exsudatmassen entfernt, das Gelenk leicht mit Jodoformgaze ausgefüllt und in stark flektierter Stellung verbunden. Der Erfolg war sehr gut, das Fieber und die sonstigen Allgemeinerscheinungen gingen zurück. Vom 14. Tage an wurde das Gelenk allmählich gestreckt. Das obere Kniescheibenstück mußte noch entfernt werden, und nach Deckung des schließlich restierenden ziemlich breiten Granulationsstreifens mittels Transplantationen nach Thiersch trat völlige Heilung ein.

Weiss (Düsseldorf).

33) **Brünig. Über die Luxatio tibiae anterior. (Aus dem Krankenhause Bergmannstrost in Halle.)**

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 38.)

Fall von Luxatio tibiae anterior mit schwerer Verschiebung der Knochen und rasch eingetretener Gangrän an der Fußsohle, Lähmung des Unterschenkels und Fußes. Kniescheibe in einem Winkel von 20° zum Oberschenkel geneigt, Tibia um $7\frac{1}{2}$—8 cm nach oben und vorn medianwärts verschoben. Reposition 18 Stunden nach dem Unfall durch Zug bei geringer Flexion und durch direkten Druck. Amputation des Fußes nach Pirogoff 4 Monate später. Gutes Röntgenbild.

Kramer (Glogau).

34) **A. Schanz. Ein Fall von Luxation des Fußes nach hinten.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 2.)

Verf. publiziert die Krankengeschichte des seltenen Falles einer Verrenkung des Fußes nach hinten und gibt zum ersten Male ein Skiagramm dieser Verletzung. Der Mechanismus der Entstehung der vorliegenden Verrenkung war ein von dem gewöhnlichen abweichender. Zu einer Plantarflexion des Fußes kam noch ein direkter Stoß, welchen das Gewicht des fallenden Körpers auf das untere Tibiaende im Sinne und in der Richtung der Luxation ausübte, so daß direkte und indirekte Gewalt zusammenwirkten.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

35) **Liebetrau. Über primäre Sarkome des Calcaneus.**

Inaug.-Diss., Jena, 1902.

An der Hand eines kasuistischen Materials von 13 Beobachtungen und einer weiteren aus der Jenenser Klinik bespricht L. ausführlich das Symptomenbild, histologischen Charakter etc. des Calcaneussarkoms.

Gross (Jena).

36) **Busalla. Über plastische Deckung von Knochenhöhlen, nebst einem Falle von osteoplastischem Ersatz des Os cuboides.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 2.)

Verf. gibt die Krankengeschichte eines Pat., bei dem er einen Ersatz des durch Tuberkulose zerstörten Os cuboides erstrebt hat, um die Gebrauchsfähigkeit

des Fußes ohne Deviation seines vorderen Teiles gegen den hinteren Abschnitt, welche mit Sicherheit zu erwarten gewesen wäre, auf operativem Wege zu erzielen. Das Wesentliche des Verfahrens bestand in der Bildung eines Haut-Periost-Knochenlappens, dessen Basis in der Wundumgebung lag und dessen Spitze ein markstückgroßes, 1 cm dickes Knochenstück aus dem Fersenbein enthielt. Unter Drehung des plastischen Lappens um 60° wurde die das Knochenstück enthaltende Spitze desselben in die Knochenhöhle hineingeschlagen und mit den Wundrändern vernäht.

Nach einiger Zeit wurde die Lappenbasis durchtrennt und der noch bestehende Hautdefekt mit Thiersch'schen Läppchen gedeckt. Das schließliche Endresultat war ein sehr gutes. Das erstrebte Ziel wurde völlig erreicht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

37) F. Hahn. Aneurysma varicosum eines Saphenaastes als Schenkelbruch fehldiagnostiziert.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 37.)

Die über mannsfaustgroße, bewegliche, nach unten scharf abgrenzbare Geschwulst, die sich durch den Schenkelring kontinuirlich in den Bauch fortsetzte, sollte nach Angabe der Pat. schon seit Jahren bestanden haben; es schien ein irreponibler Netzbruch zu sein, in welchem sich frische entzündliche Veränderungen entwickelten (Ödem der Haut), erwies sich aber bei der Operation als ein geschwulstartiger Varix eines hochabgehenden Astes der V. saphena magna, der in derbes schwieliges Gewebe, das sich in den Schenkelring fortsetzte, eingebettet war, und ließ sich ohne größere Blutung gut exstirpieren. Heilung. Bemerkenswert ist noch, daß am ganzen rechten Bein ausgedehnte Varicen bestanden. Die apfelgroße Geschwulst hatte etwas Traubenform und war mit geronnenem Blute ausgefüllt; die Thromben setzten sich in die V. saphena fort. — Anschließend an den Fall bespricht H. noch die operative Behandlung der Varicen der unteren Extremitäten, um die Resektion der Saphena dicht an der Einmündungsstelle in die Cruralis an der Fossa ovalis mit Madelung'scher Varicenausschälung als das sicherste und als ein durchaus nicht besonders gefährliches Verfahren zu empfehlen.

Kramer (Glogau).

38) Wenzel. Tratamiento quirúrgico, de las várices y úlceras varicosas por la incision circular del muslo.

(Revista de la soc. méd. Argentina 1902. Nr. 54.)

Verf. hat 21 schwere Fälle von Unterschenkelgeschwüren mit circulärer Durchschneidung von Haut und Muskel behandelt. Der Schnitt wird zwischen unterem und mittlerem Drittel des Muskels, niemals tiefer angelegt. Vermeiden soll man die Verletzung der Gefäße und, wenn möglich, die der kleineren Hautnerven. Wenn Venen mit der Haut fest verwachsen sind, sollen sie oberhalb des Schnittes unterbunden werden. In sämtlichen Fällen erfolgte Heilung per primam, und dieselbe blieb stets eine dauernde; weder Varicen noch Geschwüre kehrten je wieder. Das Geschwür selbst wird nur mit Gaze bedeckt. **Dreyer** (Köln).

39) A. Pentz. Zur Behandlung der Varicen und der varikösen Ulcera.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Bericht über 56 Operationen aus der Helferich'schen Klinik. Es wurde teils mit Saphenaunterbindungen, teils mit Varicenexstirpation vorgegangen. 21 Fälle konnten nachkontrolliert werden. Die Unterbindung wies 10% Rezidive, die Exstirpation 30% Rezidive auf. **Bertelsmann** (Hamburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. Sonnabend, den 17. Januar. 1903.

(Aus dem Evangelischen Hospital in Odessa.)

Bemerkungen zur Anlegung der künstlichen Gallenblasen-Darmfistel.

Von

H. Thomson.

Unlängst hat Radsiewsky[1] 56 Fälle von künstlichen Gallenblasen-Darmfisteln zusammengestellt, um auf Grundlage derselben die Frage bejahend zu entscheiden, daß die Anlegung einer solchen Fistel keine Gefahr einer schwereren Infektion der Gallenwege etc.

[1] Mitteil. aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie 1902. Bd. IX. p. 659.

nach sich zieht. Dennoch wären noch weitere, besonders länger dauernde klinische Beobachtungen erwünscht. Unter den 56 Fällen ist der Murphyknopf 6mal zur Vereinigung der Gallenblase mit dem Darme verwandt worden; in 4 Fällen trat Genesung ein und nur 1mal in diesen 6 Fällen wurde sicher der Abgang des Murphyknopfes am 18. Tage beobachtet. Infolgedessen kommt der Autor zu dem Schlusse, daß die Bedingungen für den spontanen Abgang des Murphyknopfes im allgemeinen hier wenig günstig liegen, da die Vis a tergo, der Darminhalt und die Peristaltik, fehlen.

Ich habe schon im Jahre 1895 in einer Arbeit[2] über den Murphyknopf denselben gerade bei der Cholecystenterostomie empfohlen. Die Arbeit ist in russischer Sprache erschienen und hat wohl auch deswegen weiter keine Berücksichtigung gefunden. Neben Tierversuchen berichtete ich über eine günstig verlaufene Cholecystenterostomie: Bei der 47 Jahre alten, schlecht genährten, ikterischen Pat. war die Cholecystostomie gemacht worden, Steine wurden nicht gefunden, der Ductus choledochus war verdickt. Der Ikterus verschwand, die Fäces blieben entfärbt, die tägliche Gallenmenge aus der Bauchdecken-Gallenblasenfistel betrug 300—400 g. — Zur Beseitigung dieser Fistel wurde von mir nachher die Cholecystenterostomie ausgeführt, wobei die entsprechende Wandpartie der Gallenblase mit dem dem Duodenum zunächstliegenden Darmabschnitte vermittels eines Murphyknopfes vereinigt wurde; keine Steine, der verdickte Ductus choledochus von harter Konsistenz. Die Operation ging glatt und schnell von statten, der Verlauf ohne Störung. Vom 8. Tage ab klagte die Kranke darüber, daß ein Knopf in ihrem Leibe herumwandere — die Pat. wußte nichts von der Anwesenheit des Murphyknopfes —; keine besonderen Beschwerden. Am 25. Tage ging der Knopf ab, die Fäces normal gefärbt. Daß der Knopf in der Ampulla recti nicht längere Zeit zurückgehalten war, wurde durch mehrfache Rektaluntersuchungen festgestellt. Nach Anfrischung und Vernähung der durch die Cholecystostomie gesetzten Bauchdecken-Gallenblasenfistel trat vollständige Heilung ein, der Zustand der Kranken war ein ausgezeichneter. Nach einigen Monaten sah ich Pat. wieder; sie war abgemagert, klagte über Schmerzen in der Magengegend, die Gallenfunktionen waren normal. Die Kranke ist dann einige Zeit nachher zugrunde gegangen, wahrscheinlich infolge einer bösartigen Neubildung.

Murphy, der seinen Knopf selbst in 1620 Fällen mit sehr gutem Erfolge bei Erkrankungen verschiedenster Art anwandte (Revue de chirurgie), erzielte schon lange günstige Resultate bei der Cholecystenterostomie (New York med. record 1894). Der relativ kleine Knopf findet beim Passiren der Därme kein Hindernis; infolge der dünnen Wandungen, im Gegensatze zur Magenwand, wird der Knopf nicht an Ort und Stelle zurückgehalten, auch wird die Heilung durch

---

[2] Südrussische med. Zeitung 1895. Nr. 1 u. 2.

ungünstige mechanische Momente, etwa stark andrängenden Darminhalt etc., nicht wesentlich beeinträchtigt.

Die Befürchtung, daß der Knopf in die Gallenblase hineinfallen und dort zurückgehalten werden könne — in der mir zugänglichen Kasuistik habe ich übrigens keinen solchen Fall finden können —, ist wohl bei richtiger Applikation des Knopfes nicht begründet.

Aus einer soeben erschienenen Arbeit aus der Heidelberger chirurgischen Universitätsklinik von Merk[3] ersehen wir, daß unter 9 Anastomosenbildungen zwischen der Gallenblase und dem Darme 5mal dieselbe mit dem Murphyknopfe zustande gebracht wurde. In 3 Fällen trat Heilung ein, und der Murphyknopf ging am 19., 18. resp. 12. Tage ab. In einem weiteren Falle trat der Tod am 2. Tage p. op. infolge einer hämorrhagischen Diathese ein; in einem anderen erfolgte er am 12. Tage an Herzschwäche und Peritonitis (der Knopf war offenbar noch am Platze). Ein daselbst mitgeteilter komplizierter Fall von Choledochuskarzinom etc. wurde u. a. auch vermittels einer Cholecystenterostomie mit Murphyknopf behandelt; nach 6 Wochen konnte bei einer erneuten Operation der Knopf nicht gefunden werden, weder an der bleistiftdicken Anastomose noch sonst irgendwo. Somit dürften auch diese Erfahrungen die Brauchbarkeit des Murphyknopfes darlegen, zumal die fernere Beobachtung der 3 genannten Murphyknopf-Fälle bis gegen 2 Jahre schließlich einen guten Zustand feststellte. — Beispielsweise berichtet noch Pendl (Wiener klin. Wochenschrift 1900 Nr. 22) über einen mit Murphyknopf behandelten Fall von Cholecystenterostomie (Pankreaskarzinom); der Knopf ging nach 14 Tagen ab, Besserung. Auch Sudeck (Mitteilungen aus den Hamburg. Staatskrankenanstalten Bd. III Hft. 3) gibt an, daß zur Gallenblasen-Dünndarmanastomose ein kleiner Murphyknopf mit sehr gutem Erfolge benutzt wurde. — Nach allen diesen Erfahrungen dürfte der bei einiger Übung schnell und leicht zu applizierende Murphyknopf gerade bei der Cholecystenterostomie eine günstige Verwendung finden.

---

1) **C. Monod** et **J. Vanverts.** Traité de technique opératoire. T. II.

Paris, **Masson et fils,** 1902. 1007 S. 975 Fig. im Texte.

Mit diesem 2. Bande liegt das Werk abgeschlossen vor, dessen ersten Band Ref. — d. Bl. 1902 p. 913 — günstig besprechen konnte. Ich füge hinzu, daß das dort ausgesprochene Urteil durchaus für das ganze Buch Gültigkeit hat. Dieser 2. Teil bringt auch die operative Gynäkologie in großer Ausführlichkeit, während eigentümlicherweise operative Eingriffe am erkrankten Pankreas ebensowenig Erwähnung finden, wie die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speise-

[3] Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie 1902. Bd. IX. p. 445.

röhre mit Hilfe des Ösophagoskops. Überhaupt ist die Bearbeitung der einzelnen Kapitel nicht ganz gleichmäßig: während das eine Thema — z. B. Prostatektomie — besonders ausführlich behandelt wird, muß sich ein viel wichtigeres — wie die Behandlung des brandigen bezw. brandverdächtigen Darmes bei Herniotomie — mit wenig Seiten begnügen. Trotzdem ist die Anschaffung des Werkes — dem zur schnellen Orientierung zwei ausführliche alphabetische Inhaltsverzeichnisse beigegegeben sind — sehr zu empfehlen.

Richter (Breslau).

---

2) **F. Lejars.** Technik dringlicher Operationen. Nach der dritten, vermehrten und verbesserten französischen Auflage ins Deutsche übertragen von Dr. Hans Strehl. 2. u. 3. Lfg.

Jena, **G. Fischer,** 1902. XIII u. 1083 S. 751 Figuren.

Durch schnelles Aufeinanderfolgen der drei Lieferungen ist das gute, brauchbare Buch, dessen französisches Original mehrfach und wesentlich günstig, namentlich in seiner dritten Auflage, besprochen werden konnte, auch in seinem deutschen Gewande als rühmenswertes Lehr- und Nachschlagebuch für das weite Gebiet unaufschieblicher Operationen einschließlich den Einrichtungen von Verrenkungen und Knochenbrüchen, nun auch unserer Ärztewelt leicht zugänglich gemacht worden. Seinem von v. Eiselsberg geschriebenen empfehlenden Vorwort schließt sich Ref. in jeder Beziehung an.

Richter (Breslau).

---

3) **E. Ullmann.** Die Fortschritte der Chirurgie in den letzten Jahren. Für praktische Ärzte bearbeitet.

Wien, **Fr. Deuticke,** 1902. 277 S.

In dem vorliegenden Werke hat Verf., wie er im Vorwort angibt, den Versuch gemacht, die in dem Zeitraum 1895—1900 erschienenen chirurgischen Arbeiten zu sammeln und zu sichten, eine gewiß nicht leichte Arbeit in Anbetracht des emsigen Fleißes, mit welchem auf dem Gebiete der Chirurgie überall in den letzten Jahren geschafft ist. Verf. hat sich nicht nur mit dieser Sammlung und Sichtung begnügt, sondern auch häufig über verschiedene Punkte seiner eigenen Ansicht Ausdruck verliehen.

Das Werk zerfällt in zwei Teile; im ersten Teile werden die Fortschritte der allgemeinen im zweiten Teile die der speziellen Chirurgie angeführt. Bei der Fülle des Inhaltes können die Unterabschnitte der Teile nicht bis in alle Einzelheiten besprochen werden.

Der allgemeine Teil beginnt mit der Besprechung der neueren Ansichten über die gebräuchlichen Mittel zur allgemeinen Narkose und lokalen Anästhesie; auf die Vorbereitungsarten zur Narkose, Atropininjektionen (Fränkel), Digitalis und Strophanthus (Kader) wird hingewiesen. Es folgt die Besprechung der verschiedenen Methoden, um die Quellen der Infektion bei Operationen möglichst

auszuschalten, Verbesserung der Händedesinfektion, Kopfbedeckung, Handschuhe etc. Dann werden die Infektionskrankheiten, welche für den Chirurgen von besonderem Interesse sind, Tuberkulose, Syphilis, Lepra, Aktinomykose etc. durchgegangen und die neueren Ansichten über allgemeine Geschwulstlehre und die parasitäre Natur einzelner Geschwülste entsprechend gewürdigt.

Nach den chirurgischen Krankheiten der Haut und der Behandlung derselben — Transplantation, Röntgenstrahlen — und Finsen's Lichtbehandlung werden die Verletzungen der Muskeln, Sehnen, Fascien, der Blut- und Lymphgefäße (Arterien- und Venennaht nach Kümmell und Gluck) besprochen. Der Abschnitt über Nervenerkrankungen bringt unter anderen die Exstirpation des Ganglion Gasseri (Krause), das Kapitel über Frakturen und Verletzungen der Gelenke die Verwertung der Röntgenstrahlen. In den Schlußkapiteln des allgemeinen Teiles findet der Leser die Erkrankungen der Knochen, unter anderen die Osteoporose, die verschiedenen Formen der Osteomyelitis und ihre experimentelle Erzeugung, die Barlow'sche Krankheit, die heutige Anschauung über die Behandlung der Gelenkstuberkulose.

Der zweite Teil beginnt mit den chirurgischen Erkrankungen des Schädels: Gehirngeschwülste, Gehirnabszeß, verbesserte Technik der Trepanation. Es folgen die kleineren Abschnitte über die Erkrankungen des Gesichts, der Zunge, der Schilddrüse, über die verbesserten Methoden der Kehlkopf- und Rachenoperationen (Krönlein), über die plastische Deckung von Kehlkopfdefekten (König). Die Operationen an der Lunge und dem Rippenfell, die Methoden der Herznaht bringen die nächsten Abschnitte. Die Behandlung der septischen Bauchfellentzündung mit intravenösen Kochsalzinfusionen, die verbesserte Technik der Laparotomie, die Talma'sche Operation werden in einem besonderen Kapitel geschildert. Ausführlich abgehandelt werden die neueren Operationsmethoden am Magen, Gastrostomie und Gastro-Enterostomie, ferner die Arten der Darmvereinigung und Darmausschaltung, die Ansichten moderner Autoren über die Appendicitis und die Operation des Mastdarmkrebses (Hochenegg, Witzel, Chaput, Boeckel etc.). Auf die Besprechung der Eingeweidebrüche und ihrer Radikaloperation folgen die Krankheiten der Leber, Gallenblase, Gallengänge und Milz. Unter den chirurgischen Krankheiten der Nieren sind das Wichtigste die Methoden der Bestimmung der Funktionsfähigkeit der Nieren, Kryoskopie, Phlorydzinprobe, Harnleiterkatheterismus und die chirurgische Behandlung der Nierensteine. Über die Wiedervereinigung des durchschnittenen Harnleiters, seine Einpflanzung in die Blase, die Operation der Blasenektopie, die Operationen bei Prostatahypertrophie findet der Leser alles Wissenswerte. In den drei Schlußkapiteln über die Erkrankungen der oberen und unteren Extremitäten und der Wirbelsäule interessiert besonders die Ätiologie und Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung, die Coxa vara, die traumatische

Spondylitis, die Wirbelkaries und die Behandlung der Wirbelsäulengeschwülste.

Das Werk kann angelgentlichst allen den Herren Kollegen empfohlen werden, die nicht in der Lage sind, dauernd und genau die neueren Arbeiten auf dem Gebiete der Chirurgie zu verfolgen.

Herhold (Altona).

---

4) **Hartzell.** Benign cystic epithelioma: report of two cases presenting unusual features.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. September.)

Auf Grund histologischer Untersuchungen in zwei Fällen von gutartigen Epitheliomen der Haut und unter Hinzuziehung der Literatur, in welcher über Auslegung und Bezeichnung dieser Geschwülste eine auffallende Verwirrung herrscht, empfiehlt Verf. folgende 3 Arten streng zu unterscheiden: 1) cystische Epitheliome, welche meist im Gesicht entstehen, histologisch von den Basalzellen der Epidermis und der äußeren Wurzelscheide der Haarfollikel ausgehen; 2) Cystadenome, am Rumpf auftretend, mit Ausgang von den Schweißdrüsen; 3) Haemangio-Endotheliome, welche sich ebenfalls am Rumpf finden, in den Kapillarendothelien beginnen.

Für diese 3 Formen ist der Sammelname gutartige »Epitheliome« natürlich nicht angängig; klinisch bieten dieselben keine Unterschiede.

Bender (Leipzig).

---

5) **J. Borelius.** Über bösartige Geschwülste der langen Röhrenknochen.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. 3. F. Bd. I. Abth. 1. Nr. 16. [Deutsch.])

Als Einleitung einer Diskussion in der 5. Sitzung der nordischen Gesellschaft für Chirurgie bespricht Verf. im vorliegenden Vortrage besonders die differentielle Diagnose, die Prognose und die allgemeinen Grundsätze der Behandlung der Röhrenknochensarkome. An der Hand angeführter Beispiele hält er sich zuerst bei der septischen Osteitis auf, deren atypisch verlaufende Formen öfters zu Verwechslung Anlaß gegeben haben. Die betreffende Literatur deutscher und französischer Forscher wird erwähnt und die Mittel und Auswege, der Diagnose näher zu kommen, werden diskutiert. Unter diesen kommt zuerst die Punktion in Frage. Meistens gibt sie ein negatives Resultat, es sei denn, daß die aspirierten Partikelchen, auf geeignete Nährböden überimpft, ein Wachstum von Staphylokokken hervorbringen und so die septische Osteitis bestätigen. Die Probeexzision und histologische Untersuchung des Entfernten gibt keine Gewähr, denn die kompetentesten Untersucher haben sich dabei für Sarkom erklärt, während der spätere Verlauf mit Evidenz septische Osteitis ergab. Verf. befürwortet deshalb, die ganze angeschwollene Partie zu inzidieren bis an bezw. in den Knochen hinein, da man in der Regel schon aus dem makroskopischen Aussehen beurteilen kann, ob die Veränderungen einem

Sarkom oder einer Osteitis septica angehören. Sollte auch dies nicht möglich sein, gibt die große Schnittfläche bessere Gelegenheit als eine Probepunktion, Untersuchungsmaterial zu gewinnen ohne nachteilig zu wirken.

Nélaton's und Virchow's Beobachtungen, von späteren Forschern bestätigt, daß gewisse Formen von Sarkom im Knochensystem, vorzugsweise unter dem myelogenen, sich durch eine besondere Benignität auszeichnen, hat zu einer konservativ operativen Behandlung in derartigen Fällen geführt. Sonst ist die bekanntlich schlechte Prognose Grund genug, die radikal operative Behandlung so frühzeitig wie möglich vorzunehmen. Sehr reserviert müssen die Vorschläge von v. Mikulicz und von Wiesinger, konservativ zu verfahren, aufgenommen werden. — Eine statistische Zusammenstellung über sämtliche in den civilen Krankenhänsern Schwedens in den Jahren 1891—1898 wegen Sarkom ausgeführten Exartikulationen, Amputationen und Resektionen zeigt, daß konservative Eingriffe, wenigstens insofern es sich um Resektionen handelt, nur ganz vereinzelt ausgeführt worden sind. Schließlich gibt Verf. die Krankengeschichten dreier von ihm selbst konservativ behandelter Fälle wieder; zwei von ihnen wurden bald rückfällig, im dritten handelte es sich um eine gutartige Form, obwohl kein Riesenzellensarkom vorlag.

Verf. faßt seine Ansichten über die Behandlung folgendermaßen zusammen:

1) Konservativ operative Behandlung ist bei der Mehrzahl myelogener Riesenzellensarkome indiziert, nämlich bei denjenigen, welche sich durch langsamen klinischen Verlauf und vollständige Abgrenzung oder Abkapselung der Geschwulst von der Umgebung auszeichnen.

2) Dieselbe Behandlung ist bei anderen Formen als Riesenzellensarkom indiziert, wenn sie denselben klinischen Verlauf und dasselbe makroskopische Verhalten zeigen, wie eben angegeben wurde.

3) Die von v. Mikulicz vorgeschlagene frühzeitige Kontinuitätsresektion bei gewöhnlichen bösartigen Sarkomen ist von zweifelhaftem Werte und ist nur ein Notbehelf, wenn Pat. die Radikaloperation absolut verweigert.

4) Eine radikal operative Behandlung — Exartikulation oder Amputation — ist die Normalmethode für gewöhnliche Fälle; die Exartikulation hat, wenigstens vom theoretischen Standpunkte aus, den Vorzug vor der Amputation.

Hansson (Cimbrishamn).

---

6) **K. Kolb** (München). Die Verbreitung der bösartigen Neubildungen in Süddeutschland und Schlußfolgerungen über ihre Ätiologie.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XL.)

Eine mit wahrem Bienenfleiß und sicherer Beherrschung der statistischen Wissenschaft bis ins einzelne Detail ausgearbeitete Studie.

Verf. glaubt, daß auch solch zahlenmäßige Gruppierungen imstande seien, die ätiologischen Forschungen über den Krebs zu fördern. Eine sichere Voraussetzung zu solch statistischen Arbeiten sei indes ein richtig erhobenes staatliches Material, sowie eine obligatorische, wenn irgend möglich nur von Ärzten ausgeübte und vom behandelnden Arzte ausgeführte Leichenschau. Er schlägt vor, bei Weiterführung der Krebsstatistik eine Unterscheidung nach Geschlecht und Altersklassen vorzunehmen, sowie sich allgemein auf eine Berechnung der Krebshäufigkeit für das Alter über 40 oder 35 Jahre zu einigen, da diese Form der Berechnung völlig genüge. Seine auf dieser Basis für Süddeutschland vorgenommenen Berechnungen und Erörterungen lassen ihn zu der Ansicht kommen, daß eine Zunahme der Krebserkrankungen in den letzten Decennien zum Teil nur scheinbar, zum Teil aber auch in Wirklichkeit stattgefunden habe. Letzterer Punkt sei nur in geringem Maße durch Zunahme der hohen Altersklassen in der Bevölkerung zu erklären. In größeren Städten scheint der Krebs häufiger zu sein als in den kleinen, und Verf. glaubt an die Möglichkeit des Vorwiegens der Städte gegenüber dem Lande; doch ergab sich mitunter in einzelnen Fällen auch das entgegengesetzte Verhältnis.

Während nun im allgemeinen die Krebssterblichkeit im Westen Süddeutschlands etwas geringer zu sein scheint als im Osten, zeigt sie sich im ganzen Süden zwischen Donau und Alpen am allerhöchsten. Dieses hohe Sterblichkeitsgebiet pflanzt sich nach Osten fort bis zum Wiener Becken und nach Westen jenseits des Oberrheins zwischen Jura und Alpen bis Genf. Dieses größte bekannte Gebiet sehr hoher Krebssterblichkeit reicht nun fast überall soweit wie die Tertiärformation mit Diluvium und überschreitet dieselbe hauptsächlich nur im Süden Salzburgs, in Nordtirol und am Südabhange des badischen Schwarzwaldes. Außerdem zeigt eine beträchtliche, wenn auch weniger hohe Sterblichkeit das hessische Rheintal mit teilweise ähnlicher Bodenformation. Dies läßt einen fördernden oder hemmenden Einfluß des Bodens auf die Häufigkeit des Krebses annehmen; und zwar wirkt nicht dessen geologischer Bau an sich, sondern seine physikalische und chemische Beschaffenheit. Vielleicht noch wichtiger ist der Wasserreichtum der Gegend, besonders moorige und sumpfige Strecken. Als typisch für diese vom Krebs heimgesuchten Gegenden bezeichnet Verf. die Bodenbeschaffenheit der drei bayrischen Bezirke Zusmarshausen, Wertingen und Friedberg mit absolut höchster Krebsmortalität: geologisch: Tertiärboden und Diluvium, nagelfluhähnlich gefestigter Schotter, mineralogisch: Tonboden, physikalisch: Mulden, seichte Täler, moorige und sumpfige Stellen.

Noch mehr wie diese örtlichen Verschiedenheiten lassen ganz lokale Endemien, Hausendemien (z. B. Luckau Behla, Kaiserslautern Verf.) sich nicht wohl anders als durch das Postulat eines Parasiten erklären, wie ja bisher alle Bodeneinflüsse auf en- oder epidemische Krankheiten sich in erster Linie auf Mikroorganismen haben zurück-

führen lassen. Dafür sprechen auch die wahrscheinlichen zeitlichen Schwankungen der Häufigkeit. Sie können als Epidemien neben der überall in Europa vorkommenden Endemie betrachtet werden, dürften aber im Verhältnis zu dieser kleinere Hebungen und Senkungen machen wie die Tuberkulose. Indessen darf man nach Ansicht K.'s bei der Annahme eines Parasiten als Krebserreger niemals die Möglichkeit der übrigen Faktoren, als Widerstandsfähigkeit des Menschen, Infektionsgelegenheit etc. verkennen, die namentlich bei dem Unterschiede der Häufigkeit des Krebses bei beiden Geschlechtern (es werden meist die Frauen häufiger von Karzinom befallen wie die Männer) eine große Rolle spielen. Möglicherweise wirken auch Rasseeinflüsse auf die Häufigkeit des Krebses ein (selteneres Befallen der italienischen Rasse gegenüber der germanischen).

Hübener (Dresden).

---

7) **G. Nobl.** Zur Histopathologie der venerischen Bartholinitis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXI. p. 77 u. 205.)

Aus den Untersuchungen ist hervorzuheben, daß N. die Lang-sche Operationsmethode der Bartholinitis (Ovalärschnitt um den Ausführungsgang, Herauspräparieren der Drüse mit den Gängen, flächenhafte Vereinigung der Wunde durch versenkte Katgutligaturen, oberflächliche Seidennähte) sehr günstige Resultate ergeben hat. Die histologische Darstellung stimmt im wesentlichen mit dem schon bekannten überein (Pseudoabszesse der Gänge, perikanalikuläre und interstitielle Infiltrationsherde mit Erweichung, Freibleiben des Drüsenepithels von Gonokokken, Wucherung und Metaplasie des Gangepithels).

Jadassohn (Bern).

---

8) **J. van der Poel.** Gonorrhoeal infection of the prostate.

(New York med. record 1902. Februar 22.)

Die Häufigkeit der gonorrhoischen Prostatitis wird sehr verschieden von den Autoren angegeben; die Erklärung dafür findet sich wohl in der Anwendung verschiedener Untersuchungsmethoden. Unter den 76 Fällen des Verf. traten 20 schon in der ersten Woche auf, 5 schon am 4. und eine am 3. Tage nach der Ansteckung. Letztere Infektion war durchaus eindeutig, da es sich um die erste Gonorrhoe nach einer Inkubation von $2^1/_2$ Tagen handelte. Es scheint erwiesen, daß die Prostata auch ohne wesentliche Betheiligung der hinteren Harnröhre direkt von den Gonokokken erreicht werden kann. In den meisten Fällen sind aber deutliche Symptome von Urethritis posterior dabei mehr oder minder ausgesprochen. Als besondere Ursache der Erkrankung bei der Gonorrhoe nimmt van der P. mit Bierhoff eine vorher bestehende Kongestion als begünstigendes Moment an, z. B. auch einen einfachen Katarrh als Folge von verschiedenen sexuellen Schädigungen.

Die übliche Einteilung in glanduläre, follikuläre, parenchymatöse Entzündung wird besprochen. Symptome, Diagnose und Behandlung sowie Prophylaxe durch möglichst frühzeitige Abtötung der Gonorrhoe mittels der neuen Silbersalze werden erörtert.

Loewenhardt (Breslau).

---

9) **T. M. Townsend.** Prostatic gonococcal auto-reinfections of the urethra.

(New York med. record 1902. September 6.)

Daß die Prostata nach längerer Pause bei anscheinend völlig ausgeheilter Gonorrhoe häufig die Quelle von Reinfektionen der Harnröhre und erneutem Ausbruch einer Gonokokkeninvasion bildet, ist schon mehrfach festgestellt worden. Eine solche Reinfektion bietet gewisse diagnostische Schwierigkeiten in der Differenzierung von einer neuen Ansteckung mit nachträglicher Beteiligung der Prostata, welche bekanntlich auch schon sehr zeitig nach der Infektion beobachtet wurde. Anamnese und Mikroskop geben hier Aufschluß. Therapeutisch kommt in Betracht, jeder Massage der Prostata eine antiseptische Irrigation der Harnröhre folgen zu lassen. Finden sich noch Gonokokken, kommen Silbersalze zur Anwendung; sind nur andere Bakterien noch vorhanden, z. B. Bakterium coli oder Staphylokokkus, zieht Verf. Sublimat vor; ist schließlich der Ausfluß nicht mehr bakteriell, sollen nur Adstringentien angewendet werden.

Loewenhardt (Breslau).

---

10) **Nobl.** Pathologie der blennorrhoischen und venerischen Lymphgefäßerkrankungen. Mit 4 lithographischen Tafeln.

Wien, **Franz Deuticke,** 1901.

Die vorliegende Monographie behandelt ein Gebiet der Spezialdisziplin, »das bisher eine nur einseitige und mangelhafte Aufhellung erfahren hat«. Die Aufgabe ist vom Verf. unter Benutzung des Materials der Grünfeld'schen Poliklinik in umfassender und gründlicher Weise bearbeitet worden. Nach einem ausführlichen geschichtlichen Überblick und anatomischen Vorbemerkungen behandelt Verf. zunächst die Lymphangoitis blennorrhoica. Auf Grund von 9 genau untersuchten Fällen kommt Verf. zu dem Schluß, daß die im Verlaufe einer akuten Gonorrhoe am Penis auftretenden Stränge eine selbständige, entzündliche Erkrankung der Lymphgefäße (Endo- und Perilymphangoitis) darstellen, welche nur durch den Gonokokkus verursacht wird. Die syphilitischen Lymphgefäßerkrankungen untersuchte Verf. an 11 Fällen. Sie äußern sich als Endolymphangoitis obliterans mit produktiver und infiltrativer Peri- und Paralymphangoitis; Blutgefäße höherer Ordnung sind nie an der strangförmigen Gewebsinduration beteiligt. Die entsprechenden Befunde von Rieder, welche vor dieser Monographie veröffentlicht sind, werden vom Verf. nicht citiert. Zum Schluß wird die venerische Lymphgefäßentzündung beschrieben an der Hand von 6 einschlägigen Fällen. Sie

besteht in einer akuten, exsudativen Endolymphangoitis hauptsächlich der medianen Hauptäste, welche meist durch einen eitrigfibrinösen Charakter ausgezeichnet ist und neben den für spezifisch erachteten Mikroben und ihren Stoffwechselprodukten auch durch die pyogenen Mikroorganismen verursacht zu sein scheint.

4 Tafeln mit 19 Abbildungen dienen zur Erläuterung. Die Ausstattung und die Abbildungen sind gut. **Klingmüller** (Breslau).

---

11) **Rucker.** The successful treatment of gonorrhoea and all inflammatory diseases of the urethra.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1902. Oktober.)

Injektions- und Ausspülungsbehandlung des Trippers verwirft R. Er will die angewandten Mittel längere Zeit mit der Schleimhaut in Berührung bringen, indem er einen Mull- oder besser geflochtenen Docht, der damit getränkt ist, in die Harnröhre schiebt und sie, soweit krank, fest damit austamponiert. Er benutzt als Heilmittel eine ölige Lösung von Jodoform und Perubalsam, auch unter Hinzufügung von Resorcin. Der Tampon kann längere Zeit liegen, oft 8 bis 9 Stunden, und soll den Kranken nur wenig belästigen. Eingeführt wird der Docht mittels eines Röhrchens, das bei vorderem Tripper etwa 8 cm, bei Gonorrhoea posterior bis zum Blasenhals vorgeschoben wird. Vorher wird die Harnröhre mit Irrigator oder Spritze mit Permanganatlösung 1 : 3000 ausgespült. Das Verhalten des Kranken wird wie sonst geregelt. Sobald Urindrang eintritt wird der Docht entfernt. Manchmal ist zweimalige Packung am Tage nötig. Gewöhnlich hat Verf. einmal täglich ausgestopft bis der Ausfluß verschwand, dann 8—14 Tage jeden 2. Tag. Sowohl bei frischem wie chronischem Tripper war das Mittel von gutem Erfolg. Der Ausfluß soll gewöhnlich schon nach 2—3 Tagen aufhören. Falls die Packungen nicht die akut entzündete Schleimhaut stark reizen, was namentlich in der Nähe des Blasenhalses nicht unwahrscheinlich ist, scheint das Verfahren einer Nachprüfung wert.

Trapp (Bückeburg).

---

12) **R. G. Klotz.** Die Behandlung der akuten und subakuten Gonorrhoea anterior mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LX. p. 399.)

K. betont, daß rückläufige Einspritzungen stärkerer Lösungen von der vorderen Harnröhre im allgemeinen besser vertragen werden, als solche von vorn, und er benutzt daher ein der Braun'schen Spritze nachgebildetes Instrument (3 ccm Inhalt) mit einem 8 cm langen, etwas gebogenen Hartgummirohr. Er verwendet als starke Mittel neben Argentum nitricum Argonin 10%, Protargol 2—4% und in letzter Zeit besonders gern Albargin 1—5%, als Adstringens

wesentlich eine Flüssigkeit, die Borsäure 1,5, Plumbum acet. und Zinc. sulfur. āā 0,75, Glycerin 5,0 auf Aqua 120 enthält. Erstmalige Infektionen hält er für schwerer beeinflußbar, als spätere; wenn die Kranken in den ersten 4—5 Tagen zur Behandlung kommen, verwendet K. eine Art von Abortivmethode mit Doppelinjektionen der genannten starken Lösungen, die 8—10 cm hinter dem Orificium urethrae deponiert werden; diese Einspritzungen werden in den ersten 3 Tagen täglich und dann noch einige Male mit Pausen wiederholt, dazwischen von dem Kranken selbst das Adstringens angewendet. Beginnt die Behandlung erst später, so wird die Silberlösung nur jeden 3. oder 4. Tag und in geringerer Konzentration eingespritzt, dazwischen das Adstringens und außerdem 2—3stündlich 0,5 bis 0,6 Natrium salicyl. in viel Wasser gegeben. Diese Behandlung ist verhältnismäßig einfach und ihre Resultate werden als sehr günstig gerühmt.

Jadassohn (Bern).

---

13) **G. K. Swinburne.** The use of argyrol in the treatment of acute gonorrhoea.

(New York med. record 1902. Oktober 11.)

Auch S. ist von den Eigenschaften des neuen Silbersalzes »Argyrol« von Barnes sehr befriedigt und rühmt gute Erfolge bei 350 Pat. Eine 10%ige Lösung ruft keine unangenehmen Empfindungen auf der Konjunktivalschleimhaut hervor. Bei frischen Gonorrhoen hat selbst eine 20%ige Lösung keine Schmerzen verursacht. Nur einmal bestand Idiosynkrasie. Von den bisherigen neuen Präparaten unterscheidet sich »Argyrol« durch größeren Silbergehalt und größere Löslichkeit.

Loewenhardt (Breslau).

---

14) **J. M. Thompson.** Some chronic pathological processes seated in the deep urethral region involving the male sexual function and nervous system.

(New York med. record 1902. August 16.)

Nach anatomischen und physiologischen Betrachtungen über die Bedeutung der Prostata wird die Erkenntnis ihrer steigenden Bedeutung für die nervösen Erkrankungen in der Sexualsphäre und deren Zusammenhang mit gewissen Formen von Urethritis posterior erörtert. Symptomatologie, Diagnose und Behandlung werden eingehend besprochen, rektale, urethrale und konstitutionelle Seiten der Therapie erörtert. Verf. faßt alle Fälle von Erkrankung der hinteren Harnröhre, welche sexuelle oder nervöse Störungen hervorrufen, unter dem Titel: »chronische sexuelle neurasthenische Urethritis« zusammen mit speziellen Unterabteilungen, für deren Erläuterung 3 Fälle ausführlich besprochen werden.

Loewenhardt (Breslau).



15) **Gosset et Proust.** Le muscle recto-uréthral. — Son importance dans les opérations par voie périnéale, en particulier dans la prostatectomie.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. Nr. 5.)

Die Abhandlung gilt dem muskulös aponeurotischen Gebilde, welches sich als dünnes Häutchen oberhalb der Transversi perin. prof. und des Ansatzes des Levat. ani von der vorderen Wand des Mastdarmes nach der Prostata begibt und hier dicht oberhalb des Bulb. cavern. angeheftet ist; es wird in den Lehrbüchern verschieden bezeichnet und beschrieben und heißt bald Lig. recto-urethrale, bald Musc. praerect. (Henle), bald Musc. recto-ureter. (Roux). Hat man bei transversalem Einschnitt die Rhaphe durchtrennt, und zieht man den Bulbus straff nach vorn, den Mastdarm nach hinten an, so stellt er sich als ein seitlich durch nach außen konvexe halbmondförmige Konturen begrenztes, hinten mit der vorderen Mastdarmwand breit verflochtenes zartes Blatt dar. Gerade in dieser Verbindung liegt seine chirurgische Bedeutung; der Mastdarm wird hierdurch fast horizontal (in Steinschnittlage vertikal) nach vorn (oben) gezogen, und so die Gefahr, bei weiterer Ablösung den Mastdarm zu verletzen, herbeigeführt. Die beigegebenen Abbildungen stellen die Verhältnisse anschaulich dar; jedoch zeigt ein Vertikalschnitt durchs Becken gerade die Knickung des Mastdarmes so prägnant, wie sie an keinem mir zugänglichen Bilde bisher erkenntlich war. Durchtrennt man den Musc. ur. rect. quer unmittelbar hinter dem Bulbus, so gelangt man in den Raum, wo Prostata und Mastdarm ganz lose zusammenhängen, daher leicht voneinander abzulösen sind (Loge prérectale Quénu).

Christel (Metz).

---

16) **Bucco.** Sul potere di assorbimento e di eliminazione della mucosa vescicale.

(Gazz. degli ospedali e delle cliniche 1902. Nr. 123.)

Aus den Versuchen des Verf. an Hunden geht hervor, daß eine Absorption aus der Blutbahn in die Blase weder bei gesunder noch bei kranker, cystitischer Blase stattfindet. Dagegen werden eine große Reihe von Substanzen (Methylenblau, Jodkali, Jodnatrium, kohlensaures Ammoniak, Strychnin, Atropin, Morphium, Curare und Nikotin) nach Unterbindung von Harnröhre und Harnleiter bei Hunden aus der Blase in die Blutbahn absorbiert.

Dreyer (Köln).

---

17) **L. N. Boston.** A rapid reaction for Bence-Jones-albumose.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. Oktober.)

Um in kurzer Zeit und ohne große Mühe den Bence-Jonesschen Eiweißkörper durch Fällung seines lose gebundenen Schwefels nachzuweisen, dient folgendes Verfahren.

15—20 ccm filtrierten Urins werden mit einer gleichen Menge gesättigter Kochsalzlösung im Reagensglas geschüttelt. Darauf Zusatz von 2—3 ccm einer 30%igen Ätznatronlösung, umschütteln, langsames Erwärmen des oberen Viertels der Flüssigkeit bis zum Sieden; tropfenweise Zusatz einer 10%igen Bleiacetatlösung und wieder Erwärmen der obersten Schicht bis zum Moment des Siedens. Letzteres, mehrmals wiederholt, erzeugt bei Berührung des Bleiacetat mit dem Urin eine dichte perlmutterfarbige Trübung an der Oberfläche, welche beim Erwärmen wieder durchsichtiger wird.

Kocht man länger, so wird diese Schicht braun, dann schwarz; diese Braunfärbung nimmt in der darunter befindlichen Flüssigkeitssäule allmählich an Intensität ab. Beim Stehen setzt sich alsbald am Boden ein grobkörniger schwarzer Niederschlag ab: Bleisulphid.

Phosphate erzeugen gleichfalls einen bräunlichen, aber schwächeren und mehr flockigen Niederschlag, der nicht mit Bleisulphid verwechselt werden kann.

Die Reaktion wurde in einem Falle von Myelom erprobt. — Nähere Angaben über die immerhin seltene Geschwulstform wären von Interesse gewesen. **Bender** (Leipzig).

---

18) **Preindlsberger.** Weitere Mitteilungen über Lithiasis in Bosnien-Herzegowina.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 41.)

Anknüpfend an eine frühere Mitteilung des Verf. über dasselbe Gebiet, berichtet er, daß er seine Forschungen nach der Ätiologie der Steinbildung der Harnwege fortgesetzt hat, und kann seinen früheren 176 Fällen jetzt 95 weitere anreihen. Zunächst bespricht er die verschiedenen Theorien, die sich bezogen auf den Salzgehalt des Trinkwassers, sowie auf den Kalkgehalt desselben, auf das Klima, auf vorwiegend vegetabilische Nahrung, auf die Häufigkeit der Malaria, auf hereditäre Verhältnisse, auf allgemeine hygienische Verhältnisse, auf den Genuß schlammhaltigen Wassers, endlich auch auf die Bevölkerungsdichte, sowie Sitten und Gebräuche der betreffenden Volksstämme.

Auch für Bosnien-Herzegowina findet P. den Satz bestätigt, der auch in anderen Ländern im großen und ganzen anerkannt wird, daß die Lithiasis auf einen geologisch deutlich abgrenzbaren Teil beschränkt ist, und konstatiert für das von ihm beobachtete Land, daß die gebirgigen Gegenden (es handelt sich um Kalkberge) die bevorzugten sind. In gewissem Umfange müssen aber auch Sitten und Gebräuche mitspielen.

Verf. resumiert am Schluß, 1) daß sich die Hauptherde der Lithiasis in Bosnien tatsächlich auf dem Gebiet des Triaskalkes finden, daß die Krankheit hier einen endemischen Charakter hat, und außerhalb der Triasformation und des Urgesteines, also sowohl im Kreidekalk der Herzegowina, sowie auch in den östlichen Flyschzonen, nur sporadisch vorkommt, und 2) daß dieser Krankheit ziffern-

gemäß die christliche Bevölkerung weit mehr unterworfen ist, als die islamitische.

»Es handelt sich um eine seit vielen Generationen vorwiegend an vegetabilische Nahrung gewöhnte Bevölkerung, deren Kinder, welche das allergrößte Kontingent für die Lithiasis liefern, meist unzweckmäßig ernährt, käufig an Darmkatarrhen leiden. Speziell im Säuglingsalter könnte die oft ungenügende Ernährung an der Mutterbrust, die oft bis in das 3. und 4. Lebensjahr gereicht wird und dadurch natürlich an Qualität und Quantität verliert, eine ätiologische Rollen spielen. Die regelmäßige Durchschwemmung der Niere ist dabei wohl gewiß vermindert und dadurch auch das Zurückbleiben kongenitaler Harnsäureinfarkte wahrscheinlich, die den ersten Anstoß zur Konkrementbildung geben können.

Schmieden (Bonn).

---

19) **J. Michalski.** Über Hydronephrosis intermittens.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1 u. 2.)

M. verfolgt in dieser Arbeit den Zweck, das Wesen der intermittierenden Hydronephrose zu studieren und deren Therapie, wie sie unserem modernen Wissen und Können entspricht, darzulegen. 133 Beobachtungen aus der Literatur, sowie 8 bisher noch nicht veröffentlichte Fälle dienen als Grundlage für die äußerst eingehende Bearbeitung.

Der Besprechung der anatomischen Veränderungen, der Ätiologie, der Symptome und des Verlaufes der Krankheit, der Diagnose und schließlich der Therapie ist je ein umfangreiches Kapitel gewidmet und dadurch, unter gebührender Berücksichtigung der allmählichen Entwicklung der Anschauungen, ein klares Bild unserer gegenwärtigen Kenntnis von dem Wesen der intermittierenden Hydronephrose geschaffen.

Die Zusammenfassung am Schlusse der Arbeit gibt die Hauptpunkte folgendermaßen wieder:

1) Unter Hydronephrosis intermittens verstehen wir eine Urinstauung im Nierenbecken, event. im Ureter, hervorgerufen durch ein Hindernis, welches für immer oder zeitweise wieder verschwindet, oder das durch den Druck der Flüssigkeit entfernt oder überwunden werden kann.

2) Sie wird erzeugt durch die Dislokation der Niere und die daraus entstandenen Veränderungen, durch Nieren- resp. Uretersteine, durch primäre oder sekundäre Veränderungen am Ureter, durch Kompression oder Verlegung desselben und durch Traumen. In einer Reihe von Beobachtungen war die Ursache nicht zu ergründen.

3) Sie ist gekennzeichnet durch periodisch auftretende Schmerzanfälle in der Nierengegend, begleitet von Störungen des Allgemeinbefindens, mit Schwellung in der betreffenden Abdominalseite und Verminderung der entleerten Urinmenge, welche Symptome mehr

oder weniger rasch verschwinden, um nach freiem Intervall wiederzukehren.

4) Die Prognose ist ernst, und verlangt die Krankheit ein zweckentsprechendes Einschreiten des Arztes, da Spontanheilung nur in äußerst seltenen Fällen beobachtet wurde.

5) Die Therapie muß erstreben, die Ursache der Erkrankung zu entfernen, was gewöhnlich auf operativem Wege möglich ist. Wenn dies nicht gelingt, so ist durch palliative Maßnahmen dem Pat. Erleichterung zu verschaffen. Pyonephrosen müssen eröffnet werden. Die Nephrektomie ist nur in einzelnen bestimmten Fällen indiziert.

Blauel (Tübingen).

---

20) **N. M. Kakuschkin.** Über die chirurgischen Behandlungsmethoden der Uterusfibromyome. Die nicht radikalen Methoden.

Diss., St. Petersburg, 1902. 451 S.

(Journal für Geburtshilfe und Gynäkologie 1902. September, Dezember. [Russisch.])

Der Arbeit liegt die Literatur der Frage und eine Sammelforschung unter den russischen Chirurgen zu Grunde. Kapitel 1 enthält den »Versuch eines allgemeinen historischen Überblickes« über die Fibromyome und deren chirurgische Behandlung; Kapitel 2 bespricht die Dilatation, Kapitel 3 die Exkochleation des Uterus, Kapitel 4 die Unterbindung der den Uterus versorgenden Gefäße, Kapitel 5 die Kastration. In jedem Abschnitt werden die Geschichte der Operation, das klinische Material, die therapeutische Wirkung, die Indikationen und Kontraindikationen, endlich die Technik des Eingriffes besprochen. Die einzelnen Fälle sind soweit möglich in Tabellenform gebracht (107 Fälle von Exkochleation, 98 Fälle von Unterbindung der Arterien und 105 Fälle von Kastration).

Aus den Schlußsätzen sei hier nur folgendes hervorgehoben.

Die Dilatation wird verhältnismäßig selten geübt und blieb in 28,57% erfolglos. Sie ist angezeigt bei kleinen und mittelgroßen interstitiellen Geschwülsten und wirkt infolge der durch sie hervorgerufenen Kontraktionen blut- und schmerzstillend. Über die Exkochleation liegen wenig Veröffentlichungen vor; in 80,4% gab sie Erfolg, doch war letzterer nur in 23,4% von Dauer. In 13,2% blieb der Eingriff erfolglos, in 4,7% rief er Zerfall der Geschwulst hervor. Indikationen: Hypertrophie der Uterusschleimhaut bei mäßig dilatierter und wenig veränderter Uterushöhle, bei kleinen interstitiellen und subserösen Geschwülsten. Das Resultat ist unsicher. Auch von der Gefäßunterbindung sind nur wenig Fälle bekannt. Von 89 gab nur 1 Fall Mißerfolg; in 14,1% hörten nach der Operation die Menstruationen ganz auf. Indikationen: kleine und mittelgroße interstitielle Geschwülste bei Frauen höheren Alters, Fehlen ausgedehnter Verwachsungen zwischen Uterus und Nachbarorganen; endlich Unmöglichkeit einer radikalen Operation. Die beste Methode

ist vaginale Massenligatur der unteren Abschnitte der breiten Bänder. Die Kastration wirkte in 70—80% blutstillend, in 35% schwanden die Schmerzen. Sie ist oft gefährlich und wird immer seltener angewendet. In Zukunft wird sie wohl ganz vermieden werden müssen.

Jedem Kapitel ist ein Verzeichnis der den Eingriff behandelnden Arbeiten angefügt: 87 Nummern zur Geschichte der Fibromyome, 106 zur Dilatation des Uterus, 125 zur Exkochleation, 146 zur Gefäßunterbindung und 343 zur Kastration.

Gückel (Kondal, Saratow).

Kleinere Mitteilungen.

Eine lange biegsame Tracheal-Doppelkanüle.

Von

Prof. Tavel in Bern.

Bekanntlich hat König zuerst die Idee gehabt, eine lange Trachealkanüle aus spiralig aufgewundenem Silberdraht konstruieren zu lassen, die die Eigenschaft hatte, halb fest, halb beweglich zu sein, sich leicht einführen ließ und sich dem bogenförmigen Verlauf der Trachea gut accommodierte (Schüller p. 91).

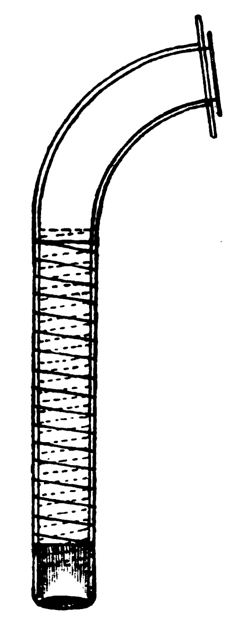
Ein Nachteil dieser Kanüle ist, daß die Silberdrahtspirale eine zu große Nachgiebigkeit besitzt, so daß sie sich sehr leicht ausziehen läßt und dann nicht mehr zurückfedert.

Ferner ist das untere steife Ende ziemlich lang, ein Umstand, der die Einführung der Kanüle erschwert.

Endlich wird sie nur als einfache Kanüle gebaut, weil bei Doppelkanülen die Spiralen sich ineinander klemmen, wodurch ein Herausziehen der inneren Kanüle unmöglich wird.

Aus allen diesen Gründen ist die König'sche Kanüle in manchen Fällen unpraktisch und wird schlecht vertragen.

Eine Verbesserung derselben bestand darin, daß dieselbe statt aus Draht aus einem spiralig gewundenen schmalen Silber- oder Neusilberband gebaut wurde, was das Auseinanderziehen der Spiralen verhindert resp. erschwert. Aber auch in diesem Falle war man darauf angewiesen, eine einfache Kanüle anzuwenden, weil die Spiralen der inneren Kanüle sich in diejenigen der äußeren verhakten.



$^2/_3$ natürl. Größe.

Ein Fall, den ich zu behandeln Gelegenheit hatte, und bei welchem diese Nachteile sich in sehr unangenehmer Weise fühlbar machten, brachte mich auf die Idee, die Spirale der inneren Kanüle umgekehrt der Spirale der äußeren Kanüle laufen zu lassen und dadurch das Ineinandergreifen beider Spiralen zu verhindern.

Die äußere Kanüle kann wochenlang in situ bleiben, während die innere Kanüle zur Entfernung des Schleimes, der an der Wand eintrocknet und die Kanüle allmählich undurchgängig macht, öfters herausgenommen werden muß.

Was die Details der Konstruktion der Kanüle betrifft, so sind folgende Punkte von Wichtigkeit:

1) Der obere feste Teil der Kanüle mißt 5 cm und die Krümmung entspricht einem Kreis mit einem Radius von 3 cm.

2) Der mittlere Teil ist je nach den Fällen 4—15 cm lang.

3) Das feste Endteil hat nur 1 cm Länge.

Was das Kaliber betrifft, so hat die Kanüle, außen gemessen, einen Durchmesser von 12,5 mm und bei einer Wanddicke von 0,5 mm einen inneren Durchmesser von 11,5. Die innere Kanüle besitzt einen äußeren Durchmesser von 11 mm und ein Lumen von 10 mm.

Damit die Federung nicht zu stark ist, wird man dem spiraligen Bande der äußeren Kanüle eine Breite von 3,5 mm geben; die innere Spirale hingegen braucht nicht mehr als 2,1 mm Breite zu haben.

Das untere Ende der äußeren Kanüle ist leicht einwärts gebogen, so daß die innere Kanüle von dieser Umbiegung gerade knapp bedeckt wird.

Die Kanülen wurden nach meiner Angabe von Herrn Klöpfer, Instrumentenmacher, Bern, Schwanengasse, angefertigt.

Die zwei Fälle, bei welchen diese Kanüle angewandt wurde und sich sehr gut bewährt hat, sind folgende:

Fall I. E. R., 57 Jahre, aus G. bei P., wird mir von seinem Arzte zur operativen Behandlung zugewiesen. Vater starb an Pneumonie, Mutter an Hydrops.

Pat. hat verschiedene Kriege in Italien, Afrika und Mexiko, sowie den Feldzug von 1870 mitgemacht, will aber keine Syphilis gehabt haben; hat immer viel geraucht.

Im Monat Februar 1896 wurde Pat. heiser; Dyspnoë hat er erst seit einigen Tagen und kann seither nur auf der rechten Seite liegen; die Rückenlage und die Lage auf der linken Seite verstärken die Dyspnoë. Schluckbeschwerden hat Pat. erst seit 2 Monaten; damals konnte er z. B. trockenes Brot ohne Hustenreiz nicht herunterschlucken.

Das Leerschlucken macht keine Beschwerden.

Jetzt kann er nur Flüssigkeiten, und zwar mit Mühe herunterschlucken.

Pat. klagt außerdem über Schmerzen im Hinterhaupte und in den Ohren.

Status. Pat. ist stark abgemagert, schwach, kann kaum stehen, ist etwas cyanotisch, sieht aber nicht kachektisch aus. Atmung beschleunigt, mit Rasseln und Röcheln, 40. Herztöne schwach, Puls ebenfalls, 96. Auskultation ergibt Ronchi, Vesikuläratmen fehlt. Am Halse, auf der rechten Seite etwas Ödem in der Supraklavikulargegend. Trachea sehr stark nach links verschoben. Hinter der Trachea und rechts von derselben eine unbewegliche, undeutlich begrenzte Geschwulst. Keine Drüsen zu fühlen.

Leichte Dämpfung unter der Clavicula bis zur 2. Rippe rechts. Hautvenen auf der rechten oberen Seite des Thorax stark dilatiert.

Laryngoskopisch sieht man das rechte Stimmband in Lähmungsstellung, sonst ohne Veränderungen, das linke Stimmband bewegt sich normal.

Unter dem Larynx sieht man die rechtsseitige Trachealwand vorgebuchtet, aber nicht unregelmäßig.

Die Oliven bleiben am Thoraxeingang stecken.

Diagnose: Carcinoma oesophagi mit Trachealstenose.

Da Pat. unmöglich auf dem Rücken liegen kann, wird von einer Narkose abstrahiert und die Tracheotomie in sitzender Lage ausgeführt. 1. Juni 1896.

Sagittalschnitt vom Manubrium aufwärts. Trennung des Isthmus zwischen zwei Ligaturen und Einlegen einer gewöhnlichen silbernen Kanüle für Erwachsene

Die Atmung wird sofort viel besser.

2. Juni. Die Atmung ist wieder etwas behindert, offenbar steckt das untere Ende der Kanüle in der Stenose.

Es wird in aller Eile eine König'sche silberne Kanüle gemacht, die am 3. Juni eingelegt wird. Pat. atmet jetzt wieder ganz gut. Die Kanüle muß aber zum Reinigen öfters herausgenommen werden, und es ist nicht leicht, sie wieder einzuführen. Es wird deshalb eine Doppelkanüle mit umgekehrter Spirale angefertigt, mit welcher Pat. ganz gut atmet und die leicht zu reinigen ist. Pat. reist mit dieser Kanüle nach Hause am 12. Juni, besorgt selbst die Reinigung. Laut Nach-

richten vom 5. Juli ist Pat. noch am Leben, die Schluckbeschwerden sind gleich geblieben, die Atmung ist ganz gut.

Pat. stirbt Ende August 1896.

Die Kanüle war im ganzen 12 cm lang und ganz nach den bereits angegebenen Maßen angefertigt worden.

Der Pat. hat noch $2^1/_2$ Monate nach der Tracheotomie gelebt und in der ersten Zeit sich wieder bedeutend erholt.

Fall II. J. S., 54 Jahre alt, aus G.

Vater starb im 73. Jahre an einem Unfall, Mutter im 73. Jahre an Hydrops.

Pat. hat im 4.—6. Jahre Krup, im 16. Variola durchgemacht. Hatte Gelenkrheumatismus in den 20er Jahren.

Von 1887—1889 alle Monate Schmerzanfälle im Bauche mit Fieber und Ileuserscheinungen, jedoch nie Erbrechen.

Seit 1892 alle Jahre 1—2mal Angina bis 1899. Dezember 1901 fühlte er sich matt und legte sich zu Bett am 1. Januar 1902. Im Laufe des Januar konsultierte Pat. wegen häufigen Ructus einen Arzt.

Anfangs Februar Schluckbeschwerden. Pat. hatte den Eindruck, daß die Speisen im Thorax stecken blieben. Vom 15. Februar 1902 an konnte Pat. nicht mehr feste Speisen essen, sie blieben am Thoraxeingang stecken, und man war gezwungen, ihm Faustschläge im Rücken zu applizieren, um die Speisen wieder herauf zu befördern. Anfangs April macht Pat. eine Ruhekur in Territet, dann nahm er Aufenthalt in einer Villa in der Umgebung von G. und nährte sich nur mit Milch, Eiern, Fleischsaft etc. Am 15. Juni kann Pat. wieder solide Speisen schlucken, aber von dieser Zeit an stellt sich ein pfeifendes Geräusch beim Atmen ein.

Am 11. Juli reist Pat. nach Aeschi zur Erholung, der Husten wird aber stärker; Pat. bekommt dort am 10. August einen Erstickungsanfall mit Ohnmacht und wird als Notfall ins Salem geschickt mit der Diagnose: Struma profunda. Dr. Dumont konsultiert mich und wir notieren folgenden

Status: Ziemlich kräftiger Mann, etwas abgemagert, cyanotisches, ängstliches Aussehen. Stenotische, verlangsamte Atmung. Vesikularatmen durch den Stridor beiderseits ganz verdeckt. Herztöne gespalten, sonst normal. Kein Eiweiß. Thyreoidea vergrößert, beide Lappen gut fühlbar, heben sich beim Schlucken. Hinter dem linken Lappen eine Geschwulst, die nur leicht beweglich ist und in die Tiefe sich fortzusetzen scheint. Trachea ganz stark nach vorn in die Incisura sterni gedrängt.

Keine Drüsen. Gedämpfter Perkussionsschall am oberen Ende des Sternum mehr nach links.

Oliven, auch die kleinsten, bleiben 24 cm hinter den Schneidezähnen stecken, dennoch schluckt Pat. Brot, Wasser etc. anscheinend ohne Mühe.

Das Liegen auf der rechten Seite vermehrt, auf der linken hingegen vermindert die Dyspnoë.

Diagnose: Carcinoma oesophagi mit Dislokation und Abplattung der Trachea nach vorn.

15. August Konsultation mit Prof. Kocher; es wird noch eine Punktion der Geschwulst vorgenommen, die keine weitere Aufklärung gibt.

Es wird beschlossen, neben der in Aussicht genommenen Tracheotomie eine Exstirpation der Geschwulst zu versuchen.

Operation 18. August 1902. Chloroformnarkose gut.

Kragenschnitt wie bei der Strumaexzision. Der linke Strumalappen wird isoliert, Thyreoidea sup. und inf. unterbunden. Es stellt sich jetzt nach Entfernung des linken Lappens heraus, daß die Geschwulst sehr weit in die Tiefe reicht und daß eine radikale Operation resp. Entfernung des karzinomatösen Ösophagussegmentes ohne Sternumresektion nicht möglich ist.

Es wird also auf eine weitere, fast aussichtslose, radikale operative Behandlung verzichtet und eine 11 cm lange Doppelkanüle nach unserem Modell eingeführt.

Die Temperatur, die vor der Operation 38—39° betrug, bewegt sich in den 6 folgenden Tagen zwischen 37 und Maximum einmal 38,3, vom 24. ab erreicht sie nie mehr 37. Die Temperaturerhöhung nach der Operation war einer leichten Infektion der Strumaexzisionswunde zuzuschreiben, die, mit der Tracheotomiewunde kommunizierend, nicht leicht per primam heilen konnte.

Pat. schluckt nach der Operation weniger gut, und nach wenigen Tagen werden nur mühsam flüssige Speisen heruntergebracht.

Pat. resp. seine Familie kann sich jedoch nicht zu einer Gastrostomie verstehen und reist nach G. am 9. September zurück. Der Tod erfolgte am 23. September 1902, also 5 Wochen nach der Operation.

Bei der Abreise war der postoperative Bronchialkatarrh schon verschwunden; Auswurf war nur ganz gering, und die Kanüle wurde sehr gut vertragen.

Auch hier bot die Reinigung nicht die geringste Schwierigkeit; die äußere Kanüle wurde bis zur Abreise des Pat. nie herausgenommen.

Vom klinischen Standpunkte aus bot dieser zweite Fall nach verschiedener Richtung Interesse: Diagnostisch war die Unterscheidung zwischen Carcinoma oesophagi und Struma maligna retro-trachealis recht schwierig und konnte mit Sicherheit nur bei der Operation festgestellt werden. Sehr störend für die Diagnose eines Carcinoma oesophagi war das Zurückkehren einer normalen Schluckfunktion, nachdem monatelang dauernde Schluckbeschwerden bestanden. Als wenig bekanntes Symptom ist anzuführen der Einfluß der Lagen auf die Atmung.

Während beim ersten Pat., bei welchem sich die Geschwulst hauptsächlich rechts entwickelt hatte, die Lage auf der rechten Seite die Atmung erleichterte, sehen wir, daß beim zweiten Pat., mit Geschwulstentwicklung links, eine Erleichterung der Atmung beim Liegen auf der linken Seite auftrat.

Auf Grund dieser zwei Beobachtungen und der schlechten Erfahrungen, die andere mit dieser Kanüle, wenn sie nur einfach gebaut ist, gemacht haben, darf ich sie den Fachkollegen bei analogen Fällen bestens empfehlen.

---

21) 53. Jahresversammlung der American medical association [1].

McRae: Abscess of the lung following acute lobar pneumonia.

Die Prognose der Lungenabszesse ist bei medikamentöser Behandlung so schlecht, daß in allen Fällen, wenn nicht gerade Pat. schon sterbend ist, die Operation gemacht werden soll. Selbst in verzweifelten Fällen ist noch Rettung zu erreichen. Wenn der Abszeß richtig eröffnet und drainiert ist, tritt völlige Genesung ein. Die Diagnose ist im allgemeinen leicht. Bei der Operation macht Verf. die Öffnung möglichst tief unten, reseziert nötigenfalls mehrere Rippen recht ausgedehnt.

4 Fälle ausführlich mitgeteilt, alle völlig geheilt; einer davon schien während der Operation sterbend. Sehr ausführliche Literatur mitgeteilt.

Whitacre: The inoperable nature of the pulmonar tubercular lesion.

Verf. gibt eine Übersicht über die von einzelnen Chirurgen erreichten Erfolge und ausführliche anatomische Darstellung der tuberkulösen Lunge und bespricht dann dieAu sschneidung tuberkulöser Herde, Drainage von Kavernen, die Kompressionsmethode mittels Stickstoff nach Murphy und die Thorakoplastik. 1) Ausschneidung tuberkulöser Herde aus der Lunge ist in den meisten Fällen unmöglich und unvorteilhaft. 2) Inzision und Drainage von Lungenkavernen ist eine nicht zu rechtfertigende Operation. Die Kaverne unterscheidet sich wesentlich vom gewöhnlichen Abszeß. 3) Die Stickstoffkompressionsmethode ist ein zweckmäßiges Verfahren bei einer bestimmten Reihe ausgewählter Fälle. Ihre Anwendung ist gefahrlos, die Wirkung scheint gut. 4) Thorakoplastik ist eine sehr gefährliche und im Ganzen wenig Erfolg versprechende Operation.

---

[1] Nach dem Berichte im Journ. of the amer. med. assoc. 1902. Oktober.

In der Diskussion über beide Vorträge erwähnt Oliver Smith (Hartford), daß die Art des anfallsweise auftretenden Hustens mit reichlicher Eiterentleerung charakteristisch sei für Lungenabszeß. Mayo (Rochester) erzielt Bildung von Pleuraverwachsungen durch Packungen mit feuchter Gaze gegen die Pleura parietalis. Die Gaze wird lose angenäht. Gibbons (Scranton) hat häufig bei Verletzungen von Lunge und Brustkasten Eröffnung der Brusthöhle ohne wesentliche Schädigung, wie sie bei Pneumothorax gefürchtet sind, gesehen. Allen legt zur Vermeidung der schweren Atemnot nach Pleuraeröffnung den Kranken auf die Ecke des Operationstisches, so daß die Öffnung am tiefsten liegt und die übrigen Brusteingeweide nachsinken können. Ferguson (Chicago) hat einen Fall von tuberkulöser Verdichtung der Lunge (Pneumonia caseosa) erfolgreich mit Jodoforminjektionen behandelt. Völlige Heilung. Frank (Chicago) weist auf die Schwierigkeit hin, einen zusammengefallenen Abszeß der Lunge selbst nach Pleuraeröffnung nachzuweisen.

Taylor: The surgery of rickets.

T. hat seine Beobachtungen an der orthopädischen Klinik des Spitals für Knochenbrüche und Verkrüppelungen in New York an einem Materiale von 6583 Rachitischen gemacht. 1) Subkutane Osteotomie des Schaftes des Ober- und Unterschenkels ist eine sichere und gefahrlose Operation für Kniedeformitäten und O-Beine. 2) Sie ist der keilförmigen Osteotomie oder offenen Durchtrennung der Knochen vorzuziehen. 3) Die Gefahr einer Pseudarthrose ist bei Asepsis und sonstiger Vorsicht gering, durch die Rachitis auch nicht erhöht. 4) Die gewöhnlichsten Fehler sind unvollkommene Korrektur, namentlich falsche Fußstellung (Drehung), Operation vor Ablauf des eigentlich rachitischen Prozesses. 5) Gipsverband ist der geeignetste zur Erhaltung der Stellung, er muß, ebenso wie alle anderen Schienenapparate, monatelang getragen werden. 6) Die subkutane Osteotomie gleicht der subkutanen Tenotomie insofern, als sie ebenso einfach, sicher und gefahrlos ist, in der Leichtigkeit, mit welcher durch sie die Deformität korrigiert werden kann und mit welcher sich klaffende Spalten zwischen einzelnen Knochen ausfüllen. Beide sind indiziert, wenn die Deformität durch Streckung nicht gebessert werden kann.

Ransohoff: Trephining for brain tumors.

Unter 8 von R. wegen Verdacht einer Geschwulst Trepanierten waren nur 2, bei denen eine solche vorlag; bei einem dritten fand sich eine syphilitische Verdickung der Dura; bei allen 3 saß die Geschwulst nur im psychomotorischen Zentrum. 1) Bei dem 32jährigen Pat. hatte die Erkrankung mit typischer Jackson'scher, vom Fuße ausgehender Epilepsie begonnen, 3 Jahre vor der Operation. Kurz vor derselben fand sich eine etwas blutreichere Papille mit verschwommenen Rändern linkerseits, linke Seite schwächer, erhöhte Sehnenreflexe. Diagnose: Geschwulst im linken Fußzentrum. Die Operation bestätigte sie; die Geschwulst war hühnereigroß, schien von der Pia auszugehen und war leicht ausschälbar. Heilung mit leichter Schwäche vom linken Arme und Beine, kein Rückfall innerhalb 9 Jahren. 2) 30jähriger Mann, hatte früher an Lungentuberkulose gelitten. Ein Jahr vor Operation Beginn epileptischer Anfälle, die von der Oberlippe ausgingen, auf die rechte Seite sich fortsetzten. Außer diesen keinerlei Erscheinungen, Augenhintergrund völlig normal. Es wurde ein Solitärtuberkel diagnostiziert. Operation zweiseitig, wegen starker Blutung aus der Diploë und einer Vene. Die zweite Operation wurde nach 3 Tagen zum größten Teil ohne Narkose vollzogen. Da sich zunächst keine Geschwulst fand trotz pulsloser Stelle der Hirnoberfläche, Absuchung der Umgebung nach Aufsetzen des Pat., was danach durch Zurücksinken des Schädelinhaltes leicht gelang. Es fand sich dabei eine härtere Stelle, auf die nach Erweiterung der Trepanationsöffnung eingeschnitten wurde. $1^1/_4$ cm unter der Hirnoberfläche lag die leicht ausschälbare Geschwulst, die sich als Solitärtuberkel erwies. Heilung bis auf Schwäche in der rechten Daumenmuskulatur. — Als besonders wichtig betont R. die geringen Symptome der letzten Geschwulst und deren erfolgreiche Entfernung, trotzdem es ein Solitärtuberkel war.

Mayo: The surgical aspect of pancreatitis.

M. gibt eine auszugsweise Darstellung alles bisher über Pankreatitis, Fettnekrose, ihre Entstehung, Verlauf und Behandlung veröffentlichten Materiales.

In der Diskussion macht Munro (Boston) Mitteilungen über 9 von ihm diagnostizierte und behandelte Fälle der Art. Nach ihm sind für die Diagnose wichtig: 1) Vorausgegangene Anfälle. 2) Erbrechen mit plötzlich auftretenden Leibschmerzen bei fetten Leuten. 3) Auftreibung des Leibes mit geringer Muskelspannung. 4) Druckempfindlichkeit der oberen Leibesgegend. 5) Nicht peritonitischer Gesichtsausdruck. 6) Leichte oder wechselnde Gelbsucht. 7) Früher vorhandene Gallensteinbeschwerden. — Marey (Boston) teilt einen noch unveröffentlichten, mit Erfolg operierten Fall mit, Rixford (S. Francisco), Butchelor (Milwaukee), Crise (Cleveland), Estes (South-Bethlehem), Steward (Philadelphia) machen ebenfalls kasuistische Mitteilungen.

Moore: Obstruction of the bowels from Meckel's diverticulum.

Mitteilung wie Diskussion sind wesentlich kasuistisch.

Bullard: Acquired non malignant stricture of the rectum; causes, symptomes and treatment.

Die Ursache ist nach B. seltener Syphilis als gemeinhin angenommen wird. Daß Syphilis bei Frauen häufiger die Ursache ist als bei Männern, kommt von der Verletzungen, Schädigungen mehr ausgesetzten Lage des Mastdarmes bei diesen. Die Schädigungen, die den Mastdarm treffen, teilt Verf. in von außen kommende und in der Mastdarmwand befindliche, zu welch letzteren er Tuberkulose, Hämorrhoiden, Mastdarmfisteln und -Vorfall rechnet. Die Symptome teilt er ein in solche vor und nach Geschwürsbildung im Darme. Die Diagnose muß sorgfältiger als bisher gestellt werden; B. empfiehlt sehr die Kelly'sche Röhre in Kelsey's Abänderung, durch die man hoch hinauf in den Darm gelangen und die Striktur zu Gesicht bringen kann. Von ihr aus ist auch richtiges Bougieren unter Leitung des Auges möglich, ebenso die lokale Behandlung geschwüriger Vorgänge.

Harsley (Burlington) empfiehlt ebenso wie Means (Columbus) die gerade oder schräge innere oder äußere Proctotomie für durch Bougierung unheilbare Fälle.

Mills: A new scheme of the zones and centres of the human cerebrum.

Die neue Einteilung ist folgende: A. Höhere psychische Zone. B. Motorisches Sprachzentrum. C. Motorische Zone. D. Stereognostische Zone. E. Gehörzone. F. Höheres, G. niederes Sehzentrum. Bei sämtlichen sind die Ausfallserscheinungen mitgeteilt. Eine längere neurologische Abhandlung geht vorher.

Bryant: Low lateral pharyngotomie.

B. hat durch tiefe seitliche Pharyngotomie eine von der hinteren Kehlkopfwand ausgehende Geschwulst entleert. Sie saß 11 cm hinter den unteren Schneidezähnen, maß 41 : 43 : 37 mm. Während der Narkose wurde Tracheotomie nötig. Der Zugang zur Geschwulst war leicht. Sie ließ sich bis auf einen seitlichen Ansatz am Schildknorpel leicht ausschälen ohne Verletzung der sie überziehenden Rachenschleimhaut. Naht der Rachenwunde und teilweise der äußeren unter Drainage des leeren Sackes. Ein Teil des letzteren wurde später nekrotisch. Die ersten 3 Tage Ernährung vom Mastdarme aus. Vorübergehende rechtsseitige Stimmbandlähmung. Wegen des breiten Raumes und der verhältnismäßig wenig wichtigen im Wege liegenden Teile empfiehlt B. die Operation sehr für solche Fälle.

Diskussion: Allen (Cleveland) hat einen Rachenpolypen auf gleichem Wege entfernt, Dawbarn (New York) ebenso ein verschlucktes Gebiß. Er empfiehlt zur Ernährung Einreibungen von heißem tierischem Fett (Gänseschmalz, Butter) auf die vorher hyperämisch gemachte Haut. Rixford (S. Francisco) hat auf gleichem Wege ein Karzinom im obersten Teil der Speiseröhre entfernt. Zum Ersatze des verloren gegangenen Schleimhautteiles wurde Schleimhautplastik aus der hinteren Rachenwand nötig. Trotzdem Stenose leichten Grades. Ransohoff

(Cincinnati) empfiehlt die Pharyngotomia subhyoidea, ebenso Lutz (St. Louis) und Goodhue (Dayton). Shurly (Detroit) will den Schlingenschnürer selbst bei breit aufsitzenden Geschwülsten angewandt wissen. Weir (New York) verwirft die Naht der Rachen- bezw. Speiseröhrenwunde, da doch nie absolute Ruhe dieser Teile eintrete, auch keine Dichtigkeit zu erzielen sei.

Leonard: The symptomatology of calculous renal and ureteral disease.

Aus den klinischen Symptomen, der chemischen Untersuchung des Urins, dem tastbaren Befunde kann die Diagnose obiger Erkrankungen oft schwer oder unmöglich sein. Allein das Skiagramm, das bei richtiger Handhabung des Apparates und der nötigen Erfahrung fast immer auch von kleinen Steinen zu erlangen ist, gibt sicheren Aufschluß; unter 254 Fällen waren nur 5 Fehldiagnosen.

Diskussion: Cabot (Boston) warnt vor Überschätzung der Röntgenstrahlen. Ochsner (Chicago) empfiehlt sehr den Harris'schen Segregator zum getrennten Auffangen des Urins von jeder Niere besonders, warnt vor Harnleiterkatheterismus. Diese und andere Redner zur Diskussion teilen einschlägige Fälle mit.

Andrews: Infrapubic section for prostatectomie.

A. geht davon aus, daß nicht die Größe der Prostata allein für die Urinverhaltung maßgebend ist. Es gehört zur Verlegung der Harnröhre bei Prostatahypertrophie noch ein Druck von außen gegen die Drüse. Dieser wird ausgeübt von den Knochen des Beckens und dem ligamentösen Abschlusse, dem Lig. triangulare, den Bandverbindungen der Prostata mit dem Becken und der Unnachgiebigkeit dieser Teile, sowie durch Muskeldruck (Levator ani). Löst man diese unnachgiebigen Teile, so hört der Druck und damit die Harnverhaltung auf. Dies geschieht durch einen Schnitt seitlich der Peniswurzel, parallel zum absteigenden Schambeinaste. Die wichtigen Gefäße können dabei vermieden, Pars membranacea urethrae und Prostata zu Gesicht gebracht werden durch Zug am Penis, nachdem dessen Aufhängeband, die tiefe Fascie und ein Teil des Levator ani durchtrennt sind. Der »Prostataring« wird aufgeschnitten, die Drüse teilweise entfernt unter sorgfältiger Schonung der Harnröhre. Durch diesen Eingriff wird das Diaphragma uro-genitale erschlafft, der Druck der straffen Teile auf die Prostata hört auf, das Hinabsinken der Blase durch diese Erschlaffung ist sehr günstig, da der Blasenhals jetzt der tiefste Punkt und eine etwa vorhandene Sackbildung der Blase völlig ausgeglichen wird.

Diskussion: Blasucci (New York) gibt einen Apparat zur Blasendrainage nach suprapubischer Prostatektomie und ähnlichen Operationen an, der gerade soviel Urin abführt, als durch die Harnleiter zugeführt wird. Ochsner (Chicago) hat vom Damme aus die Prostata entfernt, dazu einen hufeisenförmigen Schnitt gebraucht. Hervorziehen der Drüse mit scharfem Haken, Schonung des Mittelteiles bis zuletzt ist dabei wichtig. Moore (Minneapolis) will ebenfalls das Vorgehen vom Damme aus als das Normalverfahren betrachten. Murphy (Chicago): Durch das Dammverfahren wird die Heilung bedeutend abgekürzt. Ferguson (Chicago) zieht bimanuelle Ausschälung von der Blase unter Gegendruck vom Mastdarme her vor; Anführung seiner Ergebnisse. Young (Baltimore) will die Bottini-Operation, besonders bei sehr Alten und Geschwächten, nicht vermissen, während Syms (New York) sie gänzlich verwirft und seine Methode der Entfernung vom Damme aus unter Gegendrängen eines in die Blase eingeführten und aufgeblasenen Gummiballons für die schonendere hält (s. Referat dieses Zentralblatt 1902 Nr. 12).

Fuller: Drainage of extravesical and extraperitoneal suppurations of the male pelvis.

Anatomische, pathologisch-anatomische und ätiologische Betrachtungen gehen voraus, Symptomatologie und Diagnose folgen. Für die Behandlung wird nach Einschnitt der Haut hauptsächlich stumpfes Vorgehen mit Sonde und Finger empfohlen. Drainage, Ausspülungen mit Wasserstoffsuperoxyd.

Munro: External urethrotomy from the standpoint of the general surgeon.

Im wesentlichen Mitteilung seiner an 50 Fällen gesammelten Erfahrungen, die nichts besonderes Neues bieten.

Montgomery: The evolution of the treatment of pelvic inflammation.

Gibt eine Übersicht über Entwicklung der Diagnose und Behandlung der Beckeneiterungen der Frau und kennzeichnet den heutigen Standpunkt der Behandlung als einen mehr konservativen als früher.

Noble: Drainage versus radical operation for suppuration in the female pelvis.

N. will die intraperitoneale Eröffnung von Eiteransammlungen nur auf ein kleines Gebiet beschränkt wissen. Die gewöhnlichen Beckeneiterungen nach der Geburt, vereiterte Haematocele retro-uterina u. dgl. sollen auf vaginalem Wege eröffnet und drainiert werden. Bei sehr geschwächten Pat. soll bei Vorhandensein mehrerer Eitersäcke zunächst nur der größte eröffnet und dann abgewartet werden.

In der Diskussion wird beiden Ausführungen allgemein zugestimmt.

Trapp (Bückeburg).

---

22) **Bodin.** Sur la botryomycose humaine.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 289.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von menschlicher Botryomykose. In dem einen Falle saß die Geschwulst an der Streckseite des rechten Daumens, im anderen an der Beugeseite des rechten Mittelfingers. Die Größe dieser Geschwülste betrug in der Breite 1½ und 2 cm, in der Höhe 1 und 1½ cm, sie hatten kuglige Form und waren durch einen Stiel an die Unterlage angeheftet. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Neubildung aus jungem Bindegewebe und zahlreichen Gefäßen mit dünnen Wänden bestand; Bindegewebe und Gefäße waren eingebettet zwischen die aus dem Stiel aufsteigenden und sich verzweigenden Bindegewebsstränge. Die Gefäße waren so zahlreich, daß man den Eindruck eines kapillären Angioms hatte. Die Untersuchung auf Botryomyceten fiel negativ aus, es gelang dagegen dem Verf., Staphylokokkus aureus zu züchten. Diesen hält Verf. für den Erreger dieser Affektion in Übereinstimmung mit anderen Untersuchern, deren Ansichten und Untersuchungen kritisch besprochen werden. Er faßt seine Ansicht dahin zusammen, daß die menschliche Botryomykose nur Wucherungen sind, welche unter dem Einflusse des Staphylokokkus aureus entstehen, und deren besonderes klinisches Bild und gestielte Form erklärt wird aus den eigentümlichen anatomischen Verhältnissen am Orte ihrer Entstehung.

Klingmüller (Breslau).

23) **G. Perthes.** Über gutartige Epitheliome, wahrscheinlich kongenitalen Ursprunges.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 283.)

P. hat in Peking 2 Chinesen in den dreißiger Jahren eine warzenartige Geschwulst exstirpiert und beschreibt hier ausführlich deren Histologie.

In Fall 1 handelte es sich um eine Epidermiswucherung in die Tiefe, welche, schlauchförmig angeordnet, ein ausgedehntes Netzwerk bildet. Es ist ausschließlich Plattenepithel, welches stellenweise verhornt ist. Zahlreiche kleinere und größere Cysten finden sich abgeschnürt und sind mit zum Teil kolloid degeneriertem Inhalte gefüllt. Einige enthalten haarähnliche Bildungen. Die Geschwulst ist also als Talg- bezw. Haarbalgdrüsenwucherung anzusehen, als sog. Trichoepithelioma. Da organähnliche Neubildungen aber beim Menschen nur von Zellen erzeugt werden, die von vornherein bei der Entwicklung dafür prädestiniert sind, ist die Geschwulst bezw. ihre Anlage als kongenital anzusehen.

In Fall 2 war der histologische Geschwulstbau ähnlich, doch enthielten die Zellschläuche ausschließlich Cylinderepithel, welches außerdem von Verhornung

ganz frei war; auch fehlten die haarähnlichen Bildungen. Diese Geschwulst wird als eine abnorme Entwicklung von Schweißdrüsenanlagen, als ein Hydradenom angesehen. P. erklärt auch sie als kongenitalen Ursprunges und parallelisiert sie mit den gutartigen epithelialen Kiefercysten. Die einschlägige histologische Spezialliteratur ist angezogen, makro- und mikroskopische Abbildungen der Arbeit beigegeben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

24) **Dubreuilh et Auché.** Épithéliomes bénins multiples du cuir chevelu.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 545.)

Verff. stellen 12 Fälle obiger Affektion aus der Literatur zusammen und fügen eine eigene Beobachtung dazu. Sie halten die Geschwülste nicht für Endotheliome, sondern für Epitheliome und geben eine sehr genaue Beschreibung der mikroskopischen Befunde. Trotz der Multiplizität der Geschwülste werden die regionären Lymphdrüsen nicht affiziert; ebensowenig sind Metastasen beobachtet, und eine wesentliche Störung des Allgemeinbefindens tritt nicht ein. Die Entwicklung erstreckt sich über viele Jahre. Selbst nach unvollständiger Exzision residivieren die Geschwülste nicht. Neben der Exzision empfehlen die Verff. Auskratzung mit dem scharfen Löffel. **Klingmüller** (Breslau).

25) **M. Marcuse.** Zur Kenntnis der Hauthörner.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LX. p. 197.)

Verf. hat in 2 Fällen das bisher nicht beobachtete Auftreten von hauthornähnlichen, symmetrisch lokalisierten Gebilden an den Zehen konstatiert. — Die Entscheidung, ob es sich hier um Bildungen auf angeborener Grundlage oder um schwielenartige Zustände von ganz abnormer Entwicklung handelte, konnte nicht gefällt werden. **Jadassohn** (Bern).

26) **Dalous.** Le cylindrome de la peau.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 469.)

Während Billroth für die Cylindrome, welchen er den Namen gegeben hatte, endothelialen Ursprung annahm, wies später Malassez nach, daß diese Neubildungen epitheliale Geschwülste seien. Verf. teilt einen Fall dieser Art mit und gibt eine genaue histologische Beschreibung einer solchen Geschwulst, welche von der behaarten Kopfhaut eines 70jährigen Mannes operativ entfernt war. Sie war in etwa 10 Jahren zur Größe eines halben Handtellers herangewachsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Epitheliom mit trabekulärem Typus handelte, das vom Rete Malpighi ausging. Die Besonderheit dieser Epitheliome besteht darin, daß stellenweise Hohlräume in ihnen enthalten sind, welche auf zweierlei Weise entstehen können: 1) durch Degeneration und Einschmelzung der Epithelzellen, 2) durch Proliferation von Bindegewebe, welches zuerst myxomatös entartet, später hyalin und an einzelnen Stellen völlig amorph wird. Malassez hatte von den Cylindromen folgende Beschreibung gegeben: Fibröses Bindegewebsstroma mit oder ohne hyaline Veränderungen; Zellhaufen von mannigfachen Formen, mehr oder weniger verzweigte und anastomosierende Cylinderzellen; alveoläre Massen, in deren Mitte man oft Bindegewebsfächer sieht, welche von den Wänden ausgehen, sich verzweigen und sich im Innern der Massen verlieren; ganz besonders charakteristisch ist, daß man im Innern dieser Zellmassen oft transparente Gebilde von verschiedenen Formen findet, welche bald völlig hyalin oder sehr fein granuliert, bald fibrillär sind, und runde Gebilde, die sternförmige Zellen und manchmal Gefäße enthalten.

Vier Mikrophothographien sind der Arbeit beigegeben.

Klingmüller (Breslau).

27) **G. Pini.** Ein Fall primärer Hautsarkomatose.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LXI. p. 103.)

Bei dem augenblicklichen, sehr verworrenen Stande der Sarkomlehre ist jeder genau untersuchte Fall wichtig. Bei P.'s Beobachtung ist erwähnenswert: der

schnelle Ablauf, die Sarkome in der Lunge, die histologische Ähnlichkeit mit bei derselben Pat. bestehenden Naevis, so daß Verf. glaubt, daß in diesem Falle das Sarkom aus einem Naevus hervorgegangen ist (entgegen der Annahme Unna's).

Jadassohn (Bern).

28) **W. N. Heinatz.** Über späte Krebsrezidive.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 44.)

H. verarbeitete das Krebsmaterial des Petersburger klinischen Militärspitales für die letzten 30 Jahre. Von 709 Fällen handelte es sich in 122 (17,2%) um Rezidive. Von den im ersten Jahrzehnt Operierten hatten 29 ein Rezidiv, davon 7 (24,1%) ein spätes (nach mehr als 3 Jahren). Für das zweite Jahrzehnt sind die betreffenden Zahlen 39 und 6 (15,3%), für das dritte 54 und 5 (9,3%). Nach weniger als einem Jahre traten 56 (45,9%) Rezidive auf, nach 1—3 Jahren 46 (37,7%), später 18 (15%). Die spätesten Rezidive sind folgende: 1) Frau von 34 Jahren, 1875 Amputatio mammae dextr., 1894 Krebs der linken Mamma, 1896 Amputation derselben, 1898 Rezidiv links in der Narbe, Entfernung. 1900 neues, nicht operierbares Rezidiv. 2) Frau, 52 Jahre alt, 1883 Operation eines Nasenkarzinoms, 1898 Rezidiv desselben. 3) Mann von 47 Jahren, 1874 Operation eines Lippenkrebses, mit Entfernung der Drüsen, 1888 Rezidiv in den Drüsen. 4) Mann von 49 Jahren, 1888 Lippenkrebs entfernt; 1902 Rezidiv an der Lippe und in den Halsdrüsen. 5) Frau von 57 Jahren, 1885 von Ratimow wegen Magenkrebs operiert (Resektion), 1897 Rezidiv in der Leber und den rechten Axillardrüsen. 6) Mann von 40 Jahren, 1881 Lippenkrebs und Drüsen entfernt, 1888 Rezidiv in den Drüsen. — 6 Rezidive betrafen die Lippe, je 3 Brustdrüse und Gesicht, 2 den Oberkiefer, je 1 den Magen, den Mastdarm, die Wange und die Brusthaut. Von 18 wurden nur 8 wieder operiert und ohne sichtbares Rezidiv entlassen. Schlußfolgerungen: Volkmann's Regel, daß nach 3 Jahren das Karzinom als geheilt betrachtet werden kann, ist nicht richtig: das Rezidiv kann während des ganzen weiteren Lebens eintreten. Übrigens tritt je weiter, desto seltener ein Rezidiv auf. Der Verlauf des späten Rezidivs unterscheidet sich in nichts vom frühen, es kann ebenso bösartig sein und muß möglichst früh operiert werden. Alle Formen des Krebses können Spätrezidive geben. Diese Rezidive hängen vom Weiterwachsen der bei der Operation zurückgebliebenen Geschwulstpartikel ab. Letztere können viele Jahre im Ruhezustand verbleiben und bei günstigen Umständen anfangen rasch zu wachsen. Die Spätrezidive werden meist bei kräftigen Individuen ohne vorhergehende erschöpfende Krankheiten und Syphilis beobachtet. Es müssen also alle vorhandenen statistischen Angaben über Dauerheilung des Krebses revidiert werden.

Gückel (Kondal, Saratow).

29) **Haberer.** Über einen seltenen Fall von Spätrezidiv nach Karzinom.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 35.)

Die Frage nach der Dauerheilung von Krebs nach operativen Eingriffen ist noch nicht als spruchreif anzusehen. Wenngleich die Volkmann'sche Anschauung, nach welcher eine mindestens 3jährige Rezidivfreiheit zur Annahme einer Radikalheilung berechtigt, eine sehr große Zahl von Anhängern besitzt, so sind doch zahlreiche Stimmen laut geworden, die auf Grund eigener Erfahrung und statistischer Arbeiten diese Grenze bedeutend hinausgerückt wissen wollen.

H. teilt nun die Krankengeschichte eines Falles von Carcinoma mandibulae mit, in welchem der damalige Assistent der Billroth'schen Klinik v. Eiselsberg im Jahre 1887 die Resektion des erkrankten Unterkiefers ausführte. Noch im Jahre 1901 konnte der Direktor derselben Klinik v. Eiselsberg die Rezidivfreiheit konstatieren. Im Juli 1902 aber kam Pat. mit einem ausgedehnten Karzinom der linken Mundhöhlenhälfte wieder zur Beobachtung.

Die Frage, ob es sich hier um ein echtes Rezidiv oder um das Auftreten eines neuen Karzinoms handle, wird in Anbetracht der Lokalisation und besonders der

Ergebnisse der jedesmaligen histologischen Untersuchung (beide Male Plattenepithelkarzinom) im ersteren Sinne entschieden. **Hübener** (Dresden).

30) **W. Wolff.** Über Gonokokken-Septikopyämie. (Aus der dritten medizinischen Klinik der Charité.)

(Fortschritte der Medizin 1902. Nr. 11.)

Weit seltener als die gonorrhoische Endokarditis sind Krankheitszustände, die unter dem Bilde einer typischen Sepsis oder Septikopyämie verlaufen; eine solche Erkrankung wird hier mitgeteilt.

3 Wochen vor der Aufnahme Gonorrhoe; z. Z. Konstatierung einer beginnenden eitrigen Fußgelenksentzündung; im Anschluß an diese das Bild einer Sepsis, Milzschwellung, hohes intermittierendes Fieber.

Bei der Operation hat der Gonokokkenbefund im Eiter die Ätiologie der Erkrankung bestätigt. Das Blut wurde nicht auf Gonokokken untersucht.

Verf. kommt zu dem Schlusse, daß man bei zahlreichen Krankheiten mit der Gonokokkenätiologie zu rechnen habe, insbesondere bei der sogenannten kryptogenen Septhämie der Weiber; bei letzteren seien die Erscheinungen der Gonorrhoe nicht so sicher als bei Männern. **Kronacher** (München).

31) **P. J. Freyer.** A clinical lecture on a third series of cases of total exstirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ.

(Brit. med. journ. 1902. Juli 26.)

F. reiht seinen bisherigen Publikationen über den Gegenstand (Brit. med. journ. 1901 Juli 20; 1902 Februar 1) einen weiteren Bericht über 6 einschlägige Fälle an.

Die Technik weicht nicht von der früher angewandten ab. Sectio alta, Vordrängen der vergrößerten Prostata vom Mastdarme aus, Durchtrennung der Blasenschleimhaut und stumpfes Auslösen des Organs. Dreimal kam es dabei zu einer Verletzung der Pars prostatica der Harnröhre; dieselbe wurde zum Teil mitentfernt. Ein Nachteil ist daraus für die spätere Funktion nicht erwachsen, nur war die Operation in diesen Fällen mit größerem Blutverluste und Chok verknüpft.

Die Operierten standen im Alter von 58 bis zu 76 Jahren, hatten meist schon ein jahrelanges Katheterleben hinter sich und waren teilweise schon stark heruntergekommen.

Einmal trat in der Tasche, in welcher die Prostata gelegen hatte, eine leichte Eiterung ein, welche anfänglich bedrohliche Symptome machte. Nach Entleerung des Eiters gingen die Erscheinungen bald zurück.

Die Harnentleerung wurde in allen Fällen wieder normal.

Bei einem weiteren Pat., der seit 2 Jahren an sehr schweren Harnbeschwerden litt, fand sich eine leichte Vorragung des rechten und des linken Lappens, wobei jene eine Klappe über der Harnröhrenmündung bildete. Im übrigen erwies sich die Prostata bei der Untersuchung vom Mastdarm aus wohl sehr derb, aber nicht wesentlich vergrößert, so daß an Karzinom gedacht wurde. Die Totalexstirpation erwies sich als unausführbar, so daß F. sich mit der Wegnahme der Vorragung begnügte. Anfänglich ging alles gut, dann trat beiderseits eine Pneumonie auf, und der Kranke ging zugrunde. **Weiss** (Düsseldorf).

32) **D. Kennedy.** Suprapubic cystoscopy.

(New York med. record 1902. April 19.)

Auch K. hat durch die Punktionswunde nach dem Blasenstich bei einem Prostatiker eine Inspektion vorgenommen, um die intravesikale Lage festzustellen. Verf. hält es für besser, besonders bei der Unmöglichkeit ein Cystoskop oder ein anderes diagnostisches Instrument durch die Harnröhre einzuführen, erst diesen Weg einzuschlagen und dann sich über die Eingriffe zu entscheiden. Cf. Loewenhardt dieses Zentrallblatt, Chir.-Kongress 1899 p. 139 und Kraske 1902 p. 153.

Loewenhardt (Breslau).

33) **G. le Filliatre.** Calculs de la vessie, de l'urèthre et de l'uretère.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. T. IV. Nr. 4.)

Der Träger dieser 3 Steine hatte eine ziemlich 25jährige Leidenszeit durchgemacht, die mit einer Gonorrhoe begann, 2 Urethrotomien nötig gemacht hatte. Zuletzt litt er an unerträglicher Pollakiurie; der Urin war ammoniakalisch zersetzt. Durch Katheterismus ließ sich eine größere Inkrustation in der hinteren Harnröhre, sowie ein großer, adhärenter Blasenstein erkennen, der auch bimanuell tastbar war. Durch Sectio alta wurde ein Phosphatstein der Blase von 4 : 5,4 cm im Durchmesser entfernt, sowie retrograd ein 2,6 cm langer, inkrustierter Harnröhrenstein.

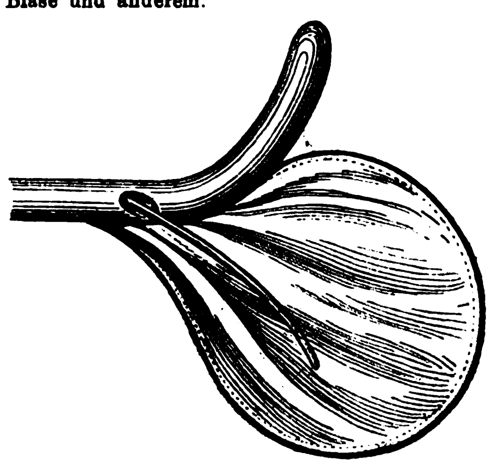
14 Tage später, nachdem bereits primäre Heilung erfolgt war, tritt unter Temperatur- und Pulserhöhung heftige Nierenkolik ein. Urin blutig; Sondierung ohne Ergebnis. Am folgenden Tage Temperaturabfall, Stein frei in der Blase nachzuweisen. Tags darauf erneute Sectio alta; dabei läßt sich eine beträchtliche Erweiterung des linken Harnleiters im vesikalen Teile nachweisen. Der Stein hat 3,5 cm im Durchmesser; er muß bis zu seinem Eintritte in die Blase im unteren Harnleiterende gesessen haben. **Christel** (Metz).

34) **F. C. Valentine.** The urine from each kidney.

(New York med. recod 1902. Oktober 25.)

Trotz der Vollkommenheit der neuen Harnleitercystoskope haben die Bestrebungen, den Nierenurin gesondert aufzufangen, ohne die Harnleiter dabei sondieren zu müssen, nicht nachgelassen. Im Prinzip gingen die Versuche dahinaus, in der Blase selbst eine »Wasserscheide« herzustellen (Neumann-Guben, Harris und Downes, denen Lambotte schon 1891 vorangegangen sein soll).

Es wird sich die Anwendung solcher Hilfsmittel von selbst wünschenswert machen, wenn aus irgend einem Grunde der Harnleiterkatheterismus nicht anwendbar erscheint, also immerhin nicht häufige Fälle von zu geringer Kapazität der Blase und anderem.



Das in obiger Abhandlung beschriebene, von Cathelin konstruierte Instrument (»le deviseur vesical gradue«, Guyon's Annalen 1902, Juni), scheint in der Tat ein brauchbares Hilfsmittel zu sein, wie durch eine Reihe von Abbildungen und Fällen erörtert wird.

Es gelingt nämlich durch Verschieben einer dünnen federnden Schlinge aus einem geteilten Katheter eine Gummimembran so zu entfalten, daß ein dichter Abschluß beider Blasenhälften durch eine mittlere Scheidewand geschaffen wird. Der Urin wird mittels dünner Katheter, welche in dem geteilten Metallinstrument nach Art der Ureterenkatheter rechts und links laufen, herausgehebert (s. Fig.). Bei stärker vorspringendem Mittellappen der Prostata ist natürlich auch dieses Verfahren illusorisch. Die Blase wird nur mit einigen Centimetern Flüssigkeit gefüllt. Die Feder schmiegt sich der Konfiguration der Blasenwand gut an. Das Instrument verdient Beachtung. **Loewenhardt** (Breslau).

35) **Bornhaupt** (Riga). Über Nierenexstirpationen.
(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 24.)

Verf. berichtet über 20 Nierenexstirpationen von A. v. Bergmann, die eine Sterblichkeit von 20% aufweisen. Aus den die Krankengeschichten begleitenden Bemerkungen, die sich auf die Diagnose und Operationsmethode beziehen, sei folgendes hervorgehoben: Es wurde die lumbale Operationsmethode als das normale Verfahren betrachtet und dabei der v. Bergmann'sche Schnitt angewendet. Entscheidenden Wert für die Prognose hat der Zustand des Herzens. Die cystoskopische Untersuchung lieferte oft keine nutzbringenden Resultate, der Harnleiterkatheterismus wurde nicht zur Anwendung gebracht. Die Todesursachen der 4 unglücklich verlaufenden Fälle waren einmal eine durch Magengeschwür bedingte Perforationsperitonitis, einmal Epitheldegeneration der anderen Niere, zweimal Kollaps bei den schon vor der Operation durch die Länge des Leidens erschöpften Pat. Besonders günstige Erfolge liegen vor in einem etwa 4 Jahre geheilten, exstirpierten Nierenkarzinom und in einem etwa 5 Jahre geheilten Nierensarkom.
Schmieden (Bonn).

36) **J. Fuchs.** Zur Kasuistik der Hydrocele bilocularis (Hydrocele en bissac der Franzosen).
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 6.)

Der mitgeteilte, aus der v. Mosetig-Moorhof'schen Abteilung stammende Fall betraf einen 54 Jahre alten Pat. Der Hodensack reichte bis zur unteren Grenze des oberen Drittels des Oberschenkels. Die Geschwulst glich der Form nach einem großen Uterus und reichte nach oben bis Nabelhöhe, zog im Bogen zur linken Spina ossis ilei nach unten und dem Verlauf des Leistenkanals entsprechend in den Hodensack. Die Länge beträgt 34 cm. In der Gegend des Lig. Pouparti eine leichte Einschnürung als Grenze zwischen abdominalem und skrotalem Teil.

Die Operation entleerte 2 Liter Hydrokelenflüssigkeit. Mühsam, unter mehrfachem Einreißen, wurde der Balg bis zur Kuppel von der Leistenwunde aus ausgelöst, die Schenkel des Leistenkanals mit Silberdraht genäht. Glatte Heilung.
Hübener (Dresden).

37) **Bongartz.** Ein Fall von Aktinomykose der Vulva.
(Deutsche med. Wochenschrift 1901. Nr. 41.)

B. berichtet über eine durch Aktinomykose entstandene Anschwellung der großen Schamlippe, die wahrscheinlich durch Eindringen einer Granne in die Vulva bei der Landarbeit der Pat. entstanden war. **Borchard** (Posen).

38) **L. N. Warneck.** Über Uterussarkom.
(Medicinskoje Obosrenje 1901. September.)

W. sah 8 Fälle von Uterussarkom. 3 davon simulierten bösartige Geschwülste (von letzteren wurden während dieser Zeit 96 operiert), 5 gutartige Fibromyome, deren im ganzen 120 entfernt wurden. Das Verhältnis der Sarkome zu den Karzinomen ist also 1 : 32, zu den Fibromyomen 1 : 24. Von den Pat. mit bösartigen Formen starb 1 an Ileus nach der Operation, 2 genasen und eine war nach 6 Monaten noch residivfrei. Von denen mit gutartigen Geschwülsten starb eine; nach erfolgter Prima ging die Wunde wieder auf und trat Peritonitis ein. Bemerkenswert ist Fall 8: Sarcoma submucosum corporis uteri; bei 5 Jahre langem Bestehen litt das Allgemeinbefinden fast gar nicht; die Geschwulst war kolossal groß und gab nicht nur keine Blutung, sondern rief sogar während der letzten 2 Jahre Amenorrhoe hervor; endlich waren keine Metastasen vorhanden und die Grenzen des Uterus nicht überschritten worden, außer dem Orificium externum; das untere Segment des Uterus, die breiten Bänder und das Bauchfell waren ad maximum dilatiert. Mikroskopisch erwies sich die Neubildung als Myxosarkom.
Gückel (Kondal, Saratow).

39) Würth v. Würthenau. Die Dauerresultate der vaginalen Uterusexstirpationen an der chirurgischen Klinik in Heidelberg 1878—1900.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

Unter ausführlicher Wiedergabe der Kranken- und Operationsgeschichten werden die 152 vaginalen Uterusexstirpationen, welche vom Jahre 1878—1899 in der Heidelberger Klinik ausgeführt wurden, zusammengestellt und die erzielten Dauerresultate besprochen.

Das bei weitem größte Interesse erwecken die beim Uteruskarzinom erreichten Erfolge. Von den 51 Operierten starben 10 noch in der Klinik, 11 im ersten Jahre, 9 im zweiten Jahre nach der Operation. Von 41 aus der Klinik Entlassenen starben 25 an Rezidiv, an anderen Erkrankungen und an Metastasen 5. Gegenwärtig leben noch 9 Pat., 2 von diesen leiden aber bereits an Rezidiv und 3 sind über das Rezidiv noch nicht hinaus, da noch keine 4 Jahre seit der Operation verflossen sind. Es bleiben also nur 4 Fälle von Dauerheilung übrig, was einem Prozentsatze von 7,8 sämtlicher Operierten entspricht.

Bei Sarkom des Uterus wurden 50%, bei Deciduom 100% Dauerheilungen erzielt. Die Totalexstirpationen wegen Myomen weisen, abzüglich 13% unbekannt gebliebener Fälle, 77% Dauerheilungen auf.

Von 6 wegen Tuberkulose des Uterus oder der Adnexe operierten Frauen leben noch 3.

Des weiteren wurde die vaginale Uterusexstirpation vorgenommen 29mal wegen Endometritis, 10mal wegen vereiterter oder entzündlicher Schwellung der Adnexe, 8mal wegen Prolaps, 9mal wegen Retro- oder Anteflexio, 1mal wegen Osteomalakie und 2mal wegen Eierstocksgeschwülsten. Bezüglich der hier erzielten Dauererfolge muß ich auf die Einzelheiten des Originals verweisen.

Blauel (Tübingen).

40) J. M. Lwow. Zur Pathologie der Fallopi'schen Tuben.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 35.)

2 seltene Fälle von Tubengeschwülsten. Im ersten handelte es sich um ein multiples Fibromyom der linken Tube bei einer 34 Jahre alten Frau, das seit 10 Monaten starke anhaltende Schmerzen hervorrief. Die eine, walnußgroße Geschwulst lag unter der Schleimhaut an der einen Seite, die andere umgab die Lichtung ringförmig und lag näher zum Uterus. Vaginale Operation, Heilung. — Bei der zweiten, 50 Jahre alten Pat. traten 6 Jahre nach Aufhören der Menses Blutungen auf. Nach 6 Monaten vaginale Entfernung des Uterus und der linksseitigen Adnexe. Nach 8 Monaten unheilbares Rezidiv. Der entfernte Uterus erwies sich normal, die Tubenschleimhaut und -Fimbrien mit papillären Exkreszenzen bedeckt; mikroskopisch: Carcinoma simplex.

Gückel (Kondal, Saratow).

41) A. Blau. Beiträge zur Klinik und operativen Behandlung der Ovarialtumoren.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

In den Jahren 1877—1900 wurde in der Klinik Czerny's an 391 Frauen die abdominale Ovariotomie ausgeführt; 2mal wurde auf sakralem Wege, 4mal bei vaginaler Totalexstirpation des Uterus die Eierstocksgeschwulst entfernt. 139mal wurde doppelseitig, 132mal rechtsseitig, 113mal linksseitig operiert.

Auf die in der sehr ausführlichen Arbeit niedergelegten Einzelheiten des Befundes bei der Operation und die dadurch bedingten Modifikationen des operativen Vorgehens kann hier nicht näher eingegangen werden.

Bei den 391 abdominalen Ovariotomien ereigneten sich 51 Todesfälle, was einer Gesamtsterblichkeit von 13% entspricht. Der tödliche Ausgang kann aber nur in 18 Fällen (= 4,6%) als durch die Operation selbst verursacht angesehen werden.

Bei 307 Pat. konnte über ihr ferneres Schicksal Auskunft erhalten werden. Von 253 wegen gutartiger Geschwulst operierten Frauen waren 53 gestorben, am Leben waren noch 198, und zwar 184 bei völliger Gesundheit. Unter den 53 Todesfällen mußte 10mal das ursprüngliche Leiden als Ursache angesehen werden.

Von 41 wegen bösartiger Geschwulst operierten und geheilt entlassenen Frauen waren noch 19 am Leben (3 Karzinome und 16 Sarkome), 12 (5 Karzinome und 7 Sarkome) waren rezidiv gestorben, 4 an Krankheiten, welche von dem Grundleiden nicht abhängig gemacht werden können und 3 an unbekannter Todesursache. Bei 3 Pat. waren die Nachforschungen resultatlos.

Es sind also von den bösartigen Eierstocksgeschwülsten 46,3% als dauernd geheilt anzusehen. **Blauel** (Tübingen).

42) **Bravo y Cozonado.** Un caso de esplenectomia.
(Revista de med. y cir. pract. Nr. 736.)

B. teilt einen Fall von Milzexstirpation mit, der ätiologisch und differentialdiagnostisch von Interesse ist. Die 23jährige Kranke wurde in bewußtlosem Zustande in das Krankenhaus eingeliefert mit der Angabe, daß die Bewußtlosigkeit im Verlaufe eines Anfalles heftigster Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes eingetreten sei. Nach Wiederkehr des Bewußtseins trat andauerndes Erbrechen gallig gefärbter Massen auf. Die Untersuchung des Bauches ergab hochgradigen Meteorismus, Schmerzhaftigkeit des ganzen Unterleibes bei geringster Berührung, indes besonders heftig in der rechten Fossa iliaca. Der Puls war klein und sehr frequent, die Atmung beschleunigt, der Gesichtsausdruck der für Peritonitis typische. — Es wurde die Diagnose demgemäß auf Appendicitis mit Übergang in diffuse Peritonitis gestellt und beschlossen, eine eventuelle Operation am folgenden Morgen vorzunehmen. — Um diese Zeit war jedoch das Bild vollkommen verändert: die Brechanfälle hatten aufgehört, die Schmerzhaftigkeit war geringer, der Puls regelmäßig und voll, die Temperatur war normal, und der Meteorismus war fast ganz geschwunden. Die nach einigen Tagen vorgenommene neue eingehende Untersuchung ergab eine weiche, wenig bewegliche, runde Geschwulst von glatter Oberfläche, die, in der rechten Axillarlinie beginnend, sich 3 Querfinger breit über die Linea alba hinaus erstreckte und die Fossa iliaca dextra nach unten hin vollkommen ausfüllte. Unter der Diagnose multilokuläre Eierstocksgeschwulst wurde zur Operation geschritten, die das erstaunliche Resultat ergab, daß es sich um eine gewaltig hypertrophierte und auf die rechte Seite verlagerte Milz handelte. Diese war vollkommen mit dem großen Netz verwachsen, dieses selbst in einen armdicken Strang verwandelt, der zweimal um seine Achse gedreht war. Durch letzteren Umstand waren der Schmerzanfall und die peritonitischen Symptome erklärt. Die Milz wurde exstirpiert, die Heilung ging ohne jeden Zwischenfall von statten. Eine gleich nach der Operation vorgenommene Blutuntersuchung ergab normales Verhalten des Blutes. Nachträglich stellte sich heraus, daß Pat. im Alter von 11 Jahren mehrere Anfälle von Malaria gehabt hatte, und daß sie kurz darauf von einem Hammel, mit dem sie zu spielen pflegte, sehr heftig in die linke Bauchseite gestoßen worden war, daß sie später auch zeitweise eine bewegliche Geschwulst im Leibe gespürt habe. Es handelte sich demnach um eine traumatische, linkerseits losgerissene und dann rechts durch Verwachsungen fixierte Milzgeschwulst nach Malaria, verbunden mit akuten Einklemmungserscheinungen von Seiten des Stieles. Verf. hält folgende 3 Punkte dieser Krankengeschichte für besonders wichtig: 1) den Beweis der großen Schwierigkeit einer sicheren Differentialdiagnose der Bauchgeschwülste; 2) die Möglichkeit, die Milz in der rechten Seite des Abdomens zu finden; 3) die Tatsache, daß diese gewaltige Milzgeschwulst die Blutbeschaffenheit nicht im mindesten alterierte.

Stein (Wiesbaden).

43) **W. Simon.** Splenektomie bei dem primären Sarkom der Milz.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

Die aus der Königsberger Klinik stammende Arbeit tritt für die Radikaloperation des primären Sarkoms der Milz durch Splenektomie ein, so lange die

Metastasierungen die regionären Lymphdrüsen nicht überschritten haben. Veranlassung gab ein von Garrè operierter Fall von primärem Milzsarkom bei einer 38jährigen Frau. Es handelte sich um ein Rundzellensarkom mit Metastasen in den Hilusdrüsen. Die Operation verlief glatt, alles Kranke konnte entfernt werden. 4 Monate nach der Operation hat sich bei der Pat. noch kein Anzeichen eines Rezidivs gezeigt.

Ein beträchtlicher Teil der in der Literatur niedergelegten Fälle von Splenektomie bei primärem Sarkom der Milz, auf deren schlechte Erfolge viele Chirurgen ihren ablehnenden Standpunkt gegenüber der Milzexstirpation begründen, sei nicht einwandsfrei. Zu verwerten seien außer dem eigenen, neu mitgeteilten Falle nur noch 3 Beobachtungen. Unter diesen 4 Fällen wurde 3mal durch Splenektomie ein Erfolg erzielt. Aus diesen Erfahrungen erhelle die Berechtigung der Splenektomie als Radikaloperation primärer Sarkome der Milz zwecks anzustrebender Dauerheilung. **Blauel** (Tübingen).

44) **P. Peugniez.** Cancer du foie. Hépatectomie. Guérison opératoire.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. T. IV. Nr. 5.)

Bei einer 59jährigen Kranken, die an Koliken im rechten Hypochondrium leidet, wird eine dem Leberrande aufsitzende, höckerige, mit der Atmung herabsteigende Geschwulst gefunden. In der Annahme, es handle sich um eine Cholecystitis, wird die pararektale Laparotomie ausgeführt; die Geschwulst sitzt mit relativ schmalem Stiele dem Leberrande auf; da bei genauer Prüfung weder am Pylorus, noch an der Gallenblase, noch sonst auf der Leberoberfläche Neubildungen nachzuweisen sind — die Gallenblase kann überhaupt nicht gefunden werden —, umsticht P. die Geschwulst und trägt sie mittels Thermokauters ab. Die ziemlich lebhafte Blutung wird durch 3 Dauerklemmen gestillt, die Wunde tamponiert; die Heilung erfolgte in 3 Wochen.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt die Abstammung der karzinomatösen Geschwulst von Gallenkanälchen, indem sie aus Cylinderepithelschläuchen besteht (Cancer en amande nach Gilbert). Es muß daher zweifelhaft bleiben, ob sie einen primären Krebs darstellte. Die jüngst eingegangenen Nachrichten von der Kranken lassen auf eine schnelle Verallgemeinerung schließen.

Christel (Metz).

45) **Rostowzew.** Ein Fall von hochgradiger cystischer Erweiterung des Ductus choledochus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 41 u. 42.)

Bei einem 13jährigen wurde eine große cystische Geschwulst der Leber, die für einen Echinokokkus gehalten wurde, operiert. Dieselbe war vom kleinen Netze fast überwachsen; bei ihrer Inzision entleerten sich gegen 2 Liter Flüssigkeit. Nach 2 Tagen Tod. Die Obduktion zeigt, daß es sich um eine cystische Erweiterung des Ductus choledochus handelt, bedingt durch einen klappenartigen Verschluß am unteren Ende des Ganges. Verf. geht des näheren auf die Art und Mechanik des Verschlusses ein. Es sind bis jetzt nur noch 4 derartige Fälle in der Literatur veröffentlicht. **Borchard** (Posen).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. **Sonnabend, den 24. Januar.** **1903.**

Max Schede †.

Die Trauerkunde von dem so unerwarteten, allzu frühen Dahinscheiden Max Schede's hat uns alle, welche ihm näher standen, auf das Schmerzlichste ergriffen. Entsprechend der Aufforderung der Redaktion des Zentralblattes für Chirurgie seien unserem dahingeschiedenen Freunde und Kollegen, dem Mitbegründer des Zentralblattes für Chirurgie, an dieser Stelle schmerz- und dankerfüllte Worte des Abschieds gewidmet.

Ein reich gesegnetes, arbeitsvolles Leben von nicht ganz 59 Jahren liegt nun für immer abgeschlossen vor uns. Geboren am 7. Januar 1844 zu Arnsberg in Westfalen ist Schede in vollster Schaffenskraft infolge einer Influenzapneumonie von dem unerbittlichen Tode dahingerafft worden. Noch manche reife Frucht hofften wir von seiner geradezu staunenswerten Arbeitsfrische, von seinem reichen Wissen und Können in Zukunft zu erhalten.

Schede begann seine eigentliche chirurgische Laufbahn im Jahre 1868 als Assistent Richard v. Volkmann's, nachdem er 1866 mit seiner Dissertation: »De resectione articulationis coxae« promoviert und im Kriege gegen Österreich ärztlich tätig gewesen war. Auch im deutsch-französischen Kriege leitete er eine Feldlazarett-Abteilung. 1872—1875 war Schede Privatdozent der Chirurgie in Halle, und in dieser Zeit traten wir uns näher, um im Verein mit v. Lesser unter schwierigen äußeren Verhältnissen das Zentralblatt für Chirurgie ins Leben zu rufen, dessen erste Nummer

am 4. April 1874 erschien. Bis 1880 haben dann Schede, v. Lesser und ich die Redaktion des Zentralblattes gemeinschaftlich geführt. 1875—1880 war Schede Direktor der chirurgischen Abteilung des Berliner städtischen Krankenhauses am Friedrichshain und 1880 bis 1895 Oberarzt der chirurgischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg. Seit 1895 wirkte er als ordentlicher Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik in Bonn. In allen seinen verschiedenen Stellungen hat Schede neben seiner umfassenden praktischen Tätigkeit immer noch Zeit gefunden, literarisch Außerordentliches zu leisten. An den Arbeiten des Deutschen Chirurgen-Kongresses nahm er sehr regen Anteil, teils durch etwa 30, meist anregende Vorträge, teils durch interessante Mitteilungen in der Diskussion.

Von seinen zahlreichen literarischen Arbeiten seien besonders folgende erwähnt: Beiträge zur Behandlung von Gelenkkrankheiten mit Gewichten im Archiv für klin. Chirurgie XII, 1871. — Über die tiefen Atherome des Halses (Ibid. XIV, 1872). — Über Hand- und Fingerverletzungen (v. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge 1871, 29). — Über den Gebrauch des scharfen Löffels bei Geschwüren — Über partielle Fußamputationen (Sammlung klin. Vorträge 1874, 72/73). — Mitteilungen aus der chirurgischen Abteilung des Berliner städtischen Krankenhauses am Friedrichshain unter Mitwirkung der Herren Böters, Rinne, Stahl und Wildt (Leipzig 1878). — Die operative Behandlung der Harnleiterfisteln (Zentralblatt für Gyn. 1881). — Allgemeines über Amputationen, Exartikulationen und künstliche Glieder (v. Pitha-Billroth's Handbuch der allg. u. spez. Chirurgie 1882). — Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Ileus (XVI. Chir.-Kongreß 1887). — Über die Erfolge des Koch'schen Verfahrens bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose (XX. Chir.-Kongreß 1891). — Über die Resektion des Mastdarmes bei strikturierenden Geschwüren (XXIV. Chir.-Kongreß 1895). — Ein Vorschlag zur Modifikation des Calot'schen Verfahrens (XXVII. Chir.-Kongreß 1898). — Seine Mitteilungen über Larynxexstirpation, über die Totalexstirpation des tuberkulösen Vas deferens und der Samenblasen. Sein Vortrag auf dem internationalen Kongreß in Kopenhagen 1883: Über die Wundbehandlung mit Sublimat. — Die Behandlung der Empyeme (Korreferat auf dem IX. Kongreß für innere Medizin, Wien 1890), seine mehrfachen Arbeiten über die angeborene Hüftgelenksluxation, über Nierenexstirpation, über die antiseptische Wundbehandlung, über den Gebrauch der versenkten Drahtnaht bei Laparotomien und bei der Radikaloperation der Hernien. — Die chirurgische Behandlung der Erkrankungen des Brustfells und des Mittelfellraumes sowie die Chirurgie der

peripheren Nerven und des Rückenmarkes im Lehrbuch der Therapie von Pentzold und Stintzing. — Die Verletzungen und Krankheiten der Nieren und des Harnleiters im Handbuch der praktischen Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz etc.

Schede war eine sehr liebenswürdige, wohlwollende Persönlichkeit von noch seltener Jugendfrische. Mit Leib und Seele Chirurg, strebte er eifrig nach der Wahrheit und hat sehr erfolgreich das Ansehen der deutschen Chirurgie gefördert. Mit seinem Lehrer v. Volkmann verband ihn ein aufrichtiges Freundschaftsverhältnis. Manches Samenkorn hat Schede in den Boden der deutschen Chirurgie eingepflanzt, welches zu seinem Ruhme fruchtbringend weiter wachsen und seinen Namen der chirurgischen Nachwelt erhalten wird. Das aus bescheidenen Anfängen von ihm mitbegründete Zentralblatt für Chirurgie hat sich zu unserer Freude derartig entwickelt, daß es sowohl für den praktischen als auch für den wissenschaftlich tätigen Chirurgen unentbehrlich geworden ist.

Für alles, was Max Schede in seiner Wissenschaft und Kunst geleistet, was er seinen Kranken, seinen Schülern und uns, seinen Freunden und Kollegen, gewesen ist, legen wir dankerfüllt und schmerzbewegt den unvergänglichen Lorbeer an seinem leider so frühen Grabe nieder und rufen ihm ein herzliches und aufrichtiges »Habe Dank« in die Ewigkeit nach. H. Tillmanns.

(Aus der chirurgisch-gynäkologischen Privatklinik von Dr. Hahn in Mainz.)

Die Verhütung des Bauchbruchs nach Laparotomie.

Von

Dr. Johannes Hahn.

In der Nr. 50 des Zentralbl. für Chirurgie gibt Wolff-Essen als Ursache der nach Laparotomie folgenden Bauchhernien das Auftreten von Meteorismus an. Die Methode der Naht sei ganz gleichgültig. Um den Meteorismus zu verhüten, drainiere er in allen Fällen, bei denen er nicht mit Sicherheit einen absolut reaktionslosen Verlauf erwarten dürfe. Da ich nicht für ausgeschlossen halte, daß gerade die wenn auch kleine Drainageöffnung zum Auftreten einer Hernie Veranlassung geben könnte, da ich andererseits schon seit 1896 die äußerste Sorgfalt auf die Bauchnaht verwende, und meine bisherigen Resultate einer Verbesserung nicht mehr fähig sind, denn ich habe bei 88 Laparotomien mit Bauchdeckennaht hintereinander in dieser Zeit keine einzige Hernie erlebt, so erlaube ich mir nochmals, obwohl dies schon einmal[1] besprochen ist, kurz anzugeben, worin ich die Ursache der guten Erfolge sehe, da ich mich der Ansicht Wolff's nicht anschließen kann. Meine Fälle sind alle geheilt geblieben, ob nach der Operation Meteorismus auftrat oder nicht.

Ich lege bei meiner Methode den größten Wert auf folgende Punkte:

I. Möglichst isolierte Naht von

a. Peritoneum (+ Fascia transversa),

b. der Aponeurose der Bauchdecken mit Ausschluß der muskulösen Partien; letzteres, da die weichen Muskelfasern unter dem Druck der stark zusammengezogenen Fäden entweder augenblicklich oder im Laufe der nächsten Tage durchschneiden würden, während die aponeurotischen Fasern diese Schnürung ohne Umstände vertragen.

c. Naht der Haut, der event. bei starkem Panniculus einige versenkte Nähte mit möglichst dünner Seide vorausgehen.

II. Naht mit absolut sicher steriler Seide; man könnte auch ein anderes kaum oder nicht resorbierbares Material, besonders Silkworm, nehmen, doch ziehe ich Seide vor, weil sie, ohne schnell resorbiert zu werden, bald so einheilt, als ob sie ein Bestandteil des Gewebes wäre. Außerdem ist sie billig und leicht zu handhaben. Katgut verwerfe ich.

III. Völliges Einheilen der Fäden. Daß selbstverständlich dazu die strengste Antisepsis nötig ist, ist überflüssig zu erwähnen.

---

[1] Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. V. Hft. 4. p. 500 und Zentralblatt für Chirurgie 1897. Nr. 12.



Wie weit ich übrigens bei dem wichtigsten Teil der Antisepsis, der Händedesinfektion, jetzt gehe, nachdem mich die von Herrn Prof. Paul und Sarwey in Tübingen, denen ich auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank ausspreche, in zuvorkommender und liebenswürdigster Weise ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen überzeugt haben — wie ja auch leider zu befürchten war —, daß nur eine Keimverminderung, keine Sterilität der Hände erreicht werden kann, erhellt daraus, daß ich jetzt auf die mechanische Reinigung in heißer Schmierseifenlösung mindestens 40 Minuten ververwende und hierauf eine 10 Minuten lang dauernde Abwaschung, Abreibung und Durchnässung mit 1‰igem Sublimatspiritus folgen lasse. Ich gehe damit so ziemlich an die Grenze des Möglichen, um die Keimverminderung auf den höchsten Grad zu treiben. Wie man sich leicht aus den in jenem Aufsatz[2] enthaltenen Tabellen überzeugen kann, ergab schon meine frühere Methode — viermalige mechanische Reinigung, 4 Minuten Sublimatspiritus, 2 Minuten Sublimatwasser — mit die besten bakteriologischen Resultate aller geprüften Methoden. Daß bei gelungener Antisepsis und glatter Einheilung der nach meinen Angaben vorschriftsmäßig eingelegten Seidenfäden doch eine Bauchhernie auftritt, dürfte nach meinen Erfahrungen wohl fast ausgeschlossen sein. Ich will nicht versäumen hinzuzufügen, daß ich die Hautfäden zwischen dem 7. und 9. Tage herausnehme, den Pat. in der Regel am 13. Tage aufstehen und keine Bauchbinde tragen lasse. Eine solche käme höchstens zur subjektiven Erleichterung des Pat. bei schlaffen Bauchdecken in Betracht, dagegen nicht etwa aus Rücksicht für die Gefahr der Bauchhernie.

---

1) **v. Baumgarten** und **Tangl.** Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. XVI. Jahrgang.

Leipzig, S. **Hirzel**, 1902. 812 S.

Dem bereits im Frühjahr erschienenen ersten Teil des 16. Jahrganges mit der Literatur von 1900 ist im Spätsommer der zweite Teil gefolgt und hat somit den zahlreichen Verehrern dieses trefflichsten Jahresberichtes ihren Wunsch, möglichst bald nach dem Berichtsjahr, den Bericht selbst in die Hände zu bekommen, erfüllt. Wer die großen Schwierigkeiten kennt, die das Zusammenbringen des auf so zahlreiche Mitarbeiter (außer den Herausgebern sind es z. Z. 37) verteilten Stoffes eines so umfangreichen, die einschlägige Literatur aller Kulturländer umfassenden Berichtswerkes bereitet, wird den gegen früher gewonnenen großen Fortschritt dankbar anerkennen.

---

[2] Paul und Sarwey, Experimentaluntersuchungen über Händedesinfektion. Münchener med. Wochenschrift 1901.

Auch diesmal ist wieder ein Wechsel in der Person mehrerer Mitarbeiter eingetreten. **Hübener** (Dresden).

---

2) **W. Kolle** und **A. Wassermann.** Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Lfg. 2—5, Atlas-Lfg. 2.

Jena, **G. Fischer,** 1902.

Nach Erörterung der allgemeinen Morphologie und Biologie der pathogenen Bakterien folgen eine Reihe von Aufsätzen, denen man wohl die Generalüberschrift »Infektion« geben kann, indem in diesen Aufsätzen das Kapitel der Infektion von den verschiedensten Seiten aus erörtert und beleuchtet wird. Aus den Auseinandersetzungen von W. erhalten wir ein Bild über das Wesen der Infektion, über Misch- und Sekundärinfektion, sowie über erbliche Übertragung von Infektionskrankheiten. Diesen Aufsätzen steht ein Aufsatz von K. über die Spezifität der Infektionserreger eng zur Seite.

Nach einer von Friedberger gegebenen Beschreibung der allgemeinen Methoden der Bakteriologie folgt eine Schilderung der Hyphenpilze von Plaul, der Sproßpilze von Busse, sowie der Malariaparasiten von Ruge. Daß letzteres Kapitel ebenso wie das anschließende von Kossel verfaßte Kapitel über die Hämoglobinurie der Rinder aus äußerlichen Gründen nicht unter dem Gesamtkapitel der Protozoen behandelt werden konnte, dürfte den Darstellungen an sich keinerlei Eintrag tun, da die genannten Kapitel wohl jedes ein in sich abgeschlossenes Ganzes bilden kann. Für eine nächste Auflage des Werkes wird sich vielleicht eine Unterordnung unter die Darstellung der Protozoen ermöglichen lassen.

Einzelheiten können hier natürlich nicht hervorgehoben werden. Betont sei nur das allen Kapiteln Gemeinsame, nämlich die überaus klare und sachliche Darstellung des Gegenstandes, die das Buch nicht bloß als Nachschlagebuch für Spezialisten auf dem Gebiete der Bakteriologie als willkommene Bereicherung unserer Literatur erscheinen läßt, sondern es auch infolge der fesselnden Schreibweise zu einer angenehmen Lektüre macht. Unsere besondere Anerkennung verdienen die wohlgelungenen und auch in ihrer Wiedergabe tadellosen Bilder.

Von den Bildern der zweiten Lieferung des mikrophotographischen Atlas gilt dasselbe wie von den Bildern der ersten Lieferung.

Silberberg (Breslau).

---

3) **W. Kolle** und **R. Otto.** Die Differenzierung der Staphylokokken mittels der Agglutination.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XLI.)

Bei der großen Verbreitung der Staphylokokken ist besonders in chirurgischer Beziehung die Frage von großer Bedeutung, inwieweit die bei pathologischen Prozessen des Menschen, auf normaler Haut und Schleimhaut, in der Luft vorkommenden Kokken eine einzige Art bilden oder nicht.

Verff. haben versucht, durch Immunisierung von Tieren mit Staphylokokkenpräparaten also entstandene Agglutinine auf die Möglichkeit ihrer Benutzung zur Trennung und Differenzierung der verschiedenen Staphylokokkenarten hin zu prüfen, ein Versuch, der um so aussichtsvoller erscheint, als bereits bei verschiedenen Bakterienarten (Typhus, Cholera, Pest) die streng spezifischen Eigenschaften der Agglutination mit Erfolg zur Trennung voneinander nahestehenden Bakterienarten da verwandt sind, wo die übrigen bakteriologischen Differenzierungsmethoden sich als unzureichend erwiesen haben. Die genaue Beschreibung der Versuche siehe im Original.

Die Ergebnisse der Verff. waren nun folgende:

4 Serumarten, 1 mit Peritonitisstaph. aur., 1 mit Furunkelstaph. aur., 1 mit Staph. albus Král und 1 mit gelbem Luftkokkus hergestellt, wurden zur Differenzierung von 31 Staphylokokkusarten verschiedenster Provenienz und Färbung benutzt.

Es fand sich nun, daß mit Ausnahme des Luftkokkenserums alle übrigen 3 Sera, auch der vom Albus stammende, sämtliche gelben und weißen Staphylokokken agglutinierten, die als Erreger von Eiterungen, schweren Furunkeln etc. gewachsen waren, d. h. gelbe Staphylokokken wurde vom »gelben« ebenso wie von »weißem« Serum, weiße Staphylokokken ebenso vom »weißen« und »gelben« Serum beeinflußt. Die saprophytischen, aus der Luft, von gesunder Schleimhaut, von Kleidungstücken, aus Aknepustel, Urin isolierten, wurden von diesen 3 Sera nicht agglutiniert. Dagegen agglutinierte das »Luftstaphylokokkenserum« ausschließlich einen weißen und einen gelblichen Luftstaphylokokkus. Durch Tierpassagen veränderte sich weder bei den Aureus- noch bei den Albusstämmen irgend etwas in Bezug auf die Agglutination noch auf den Titre (Verhältnis der Verdünnung).

Nach diesen Untersuchungen dürften die Angaben von der Ubiquität der pathogenen Staphylokokken einer erneuten Prüfung zu unterziehen sein, besonders hinsichtlich des Vorkommens der Albusarten in nicht infizierten Wunden, auf der Haut, in der Umgebung der Wunde, Stichkanalrötungen, auf unseren Händen etc. Kurz, wir sind nunmehr in der Lage mit verhältnismäßiger Leichtigkeit und ziemlicher Sicherheit unsere pathogenen Staphylokokken von den saprophytischen abzusondern und die Wirkung unseres aseptischen Apparates noch genauer zu kontrollieren.

Hübener (Dresden).

---

4) **N. Panow.** Über Tuberkulose der Tiere, hervorgerufen durch tote Tuberkelbacillen.

Dissertation, Jurjew, 1902. (Russisch.)

P. infizierte Tiere mit sterilisierten Tuberkelbazillen und untersuchte die Histogenese der »Nekrotuberkulose«. **Resultate**: die toten Tuberkelbazillen enthalten positiv chemotaktische Giftsubstanzen, die ihre chemotaktische Fähigkeit bei direkter Berührung

mit den lebenden Tierzellen entfalten. Sie rufen Bildung von Tuberkeln hervor, die im Anfang den gewöhnlichen Tuberkeln ähneln; sie erreichen mehrere Millimeter im Durchmesser, können im Zentrum nekrotisch werden; später tritt Rückbildung und Ersetzung durch Bindegewebe ein. Werden die toten Bazillen in großen Mengen eingeführt, so können sie zu schwerer Erschöpfung, selbst zum Tode führen. Bei subkutaner Injektion rufen sie Eiterung hervor.

Glückel (Kondal, Saratow).

---

5) **Silberschmidt.** Über Aktinomykose.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXVII.)

Die aus dem Züricher hygienischen Institut stammende Arbeit weist auf Grund eingehendster mikroskopischer und kultureller Untersuchungen und des Ergebnisses zahlreicher Tierversuche überzeugend nach, daß die frühere Annahme, als ob die Aktinomykose eine spezifische, durch einen einzigen Strahlenpilz erzeugte Krankheit darstelle, nicht richtig ist. Vielmehr ist eine Reihe von verschiedenen, einander allerdings nahestehenden Mikroorganismen imstande, das typische Krankheitsbild zu erzeugen. Um den einzelnen Krankheitserreger zu erkennen, ist die Anlegung von Kulturen notwendig. Indessen ist zur Zeit eine auf Grund bakteriologischer Untersuchungen aufgestellte Differenzierung zwischen Aktinomykose und Pseudoaktinomykose nicht durchführbar.

Hübener (Dresden).

---

6) **Hilger** und **van der Briele.** Über »Nachempfindungen nach Amputationen«.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 104.)

Verff. haben bei Amputierten der Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg interessante Notizen über Empfindungen in den abgesetzten Gliedern gesammelt. Ein nach Pirogoff Amputierter spürt bei noch liegendem Verbande Zucken am »Fuße« und kratzt ins Leere, er kann mit seinem fehlenden Fuße spielen und die »Zehen« desselben beliebig gegeneinander bewegen. Ein Patient, dem ein steifer Finger exartikuliert ist, fühlt, wie er denselben jetzt frei bewegen kann — die täuschende Empfindung schwand dauernd, als der Mann beim Verbinden den Defekt gesehen hatte. Eine elektrische Reizung des Peroneus bei dem ersterwähnten Pat. mit Pirogoffstumpfe macht dieselben kribbelnden Empfindungen im fehlenden Fuße wie auf der gesunden Seite. Ein anderer nach Pirogoff Amputierter hat nach 3 Jahren die Empfindung, als seien die Zehen am Stumpfe angeklebt. Ein wegen Knietuberkulose Amputierter hat noch dreiviertel Jahre lang nach der Operation dieselben Schmerzen im »Knie«, wie vordem etc.

Zur Erklärung dieser rein ideellen Empfindungen sind die »Erinnerungsbilder« der Psyche heranzuziehen, und beruhen dieselben

sicher nicht stets auf Reizerscheinungen der durchschnittenen Nervenstümpfe, sondern auf dem Wiederbewußtwerden jener Bilder. Je größer der amputierte Teil, desto länger scheinen diese Bilder in der Psyche wirksam sein zu können. Wie Verff. mit Recht hervorheben, sind dergleichen Beobachtungen für sog. »traumatische Neurosen« von Wichtigkeit. Körperlich schmerzhafte und sonstige abnorme Empfindungen könnten ganz wohl richtig vorhanden sein, ohne daß für sie ein noch palpabler Grund ersichtlich. »Die Pat. wissen, es ist Täuschung, aber sie können sich nicht davon frei machen.« **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

7) **Hans Ruge.** Physiologisches über Muskelmassage nebst einigen therapeutischen Bemerkungen.

(Zeitschrift für diät. u. physikal. Therapie 1902. Bd. VI. Hft. 3.)

Verf. hat durch exakte physiologische Versuche am lebenden blutdurchströmten Muskel des Frosches festgestellt, daß der Verlauf einer Muskelzuckung nach Massage wesentlich flinker erfolgt, als nach Ruhe- und Erholungspausen während der Arbeit. Rollet hatte gezeigt, daß die Einzelleistungen eines Muskels bei zunehmender Ermüdung immer langsamer werden (daß also die Kurve des Zuckungsverlaufes immer gedehnter wird), daß sich aber der Muskel durch Ruhepausen erheblich erholt und wieder schneller arbeitet. R. wies nun nach, daß durch selbst kurze Massagen eine viel vollständigere Erholung eines müden Muskels erzielt wird, als durch gleich lange oder längere Ruhepausen. R. ließ z. B. den rechten Gastroknemius eines Frosches nach 100 Kontraktionen sich während einer Ruhepause von 5 Minuten erholen, während er den linken nach ebenfalls 100 Kontraktionen 5 Minuten lang massierte. Der durch die Erholungspause gekräftigte Muskel leistete nur ein Fünftel der Arbeit mehr als vorher, der massierte dagegen fast das Doppelte wie vor der Massage. Die Leistung wurde in Gramm-Millimetern genau berechnet. — Zahlreiche Versuche ergaben stets dieselben Resultate u. s. f. — Therapeutisch ergibt sich daraus, daß die Massage der Muskeln von besonderem Nutzen ist bei Ringern und Turnern vor ihren Kraftleistungen, bei Rekonvaleszenten nach langem Krankenlager, bei Blutarmen mit starkem Müdigkeitsgefühl usw. Stets sollte man gemischte Massage anwenden und die einzelnen Muskelgruppen etwa je 5 Minuten massieren.

Riedinger (Würzburg).

---

8) **O. Rothschild.** Über Kohlensäurenarkose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

R. untersuchte in dem Breslauer pharmakologischen Institute die Wirkung der Kohlensäure auf den tierischen Organismus durch Experimente an Kaninchen. Mittels des Kionka'schen Narkosenapparates wurden Sauerstoff-Kohlensäuregemische zur Einatmung

gebracht, deren Prozentgehalt an Kohlensäure wechselte. Es wurde festgestellt, daß sich durch diese Gemische, wenn der Gehalt an Kohlensäure mindestens 40% betrug, in kürzester Zeit eine tiefe Narkose erzielen ließ. Die Wirkung auf die Atmung und den Blutdruck war aber eine höchst gefährliche. Beide erfahren zwar im ersten Anfang der Narkose eine erhebliche Steigerung, derselben folgte jedoch schon nach wenigen Minuten ein starker Abfall. Während dieses bedrohliche Sinken des Blutdruckes nur bei höheren Konzentrationen eintrat, wirkten auch schon kleine Mengen Kohlensäure lähmend auf das Atmungszentrum und führten bei Fortsetzung der Inhalationen sicher zum Tode unter den Symptomen der Atemlähmung.

Diese Versuche erwiesen also zur Evidenz, daß in praxi eine Verwendung der Kohlensäure als Narkotikum ausgeschlossen ist.

Blauel (Tübingen).

---

9) **H. Küttner.** Das Operieren im Ätherrausch.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

K. hält die neuerdings von Riedel empfohlene Anwendung des Chloroforms für das Operieren in minimaler Narkose für unverhältnismäßig gefährlich und darum ungeeignet. Der Äther dagegen ist im Anfangsstadium der Narkose vollständig ungefährlich und darum das gegebene Narkotikum für kleinere chirurgische Eingriffe. Der durch 10—15 tiefe Atemzüge unter der Maske erzeugte Ätherrausch versetzt den Pat. in einen Zustand, in welchem kurzdauernde Operationen gut ausgeführt werden können, ohne daß Pat. im geringsten leidet. Der Rausch verfliegt ebenso schnell, wie er eingetreten ist, ohne irgend welche Nachwirkungen.

Um etwas längere, etwa bis 30 Minuten dauernde Operationen ausführen zu können, kann man sich des Ätherrausches gleichfalls bedienen, wenn man etwa 1/2 Stunde vor der Operation Morphium subkutan gibt.

Diese Vorzüge verleihen dem Ätherrausch die größte Bedeutung für den praktischen Arzt.

Blauel (Tübingen).

---

10) **E. Blos.** Über die Schneiderlin'sche Skopolamin-Morphiumnarkose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

An 105 laufenden, nicht ausgesuchten Fällen wurden in dem städtischen Krankenhause in Karlsruhe Nachprüfungen über die Verwendbarkeit der Skopolamin-Morphiumnarkose angestellt. Die Methode wurde derart geübt, daß in der Regel am Abend vor der beabsichtigten Narkose 1/2—1 Maximaldosis Skopolamin + Morphium gegeben wurde, um die Reaktion des Individuums kennen zu lernen. 6mal wurde diese Probedosis schlecht vertragen, deshalb von der subkutanen Narkose Abstand genommen.

Zur Erzielung der Narkose war dann für ältere Leute nur die Einverleibung der Maximaldosis Skopolamin + Morphium nötig, kräftige, jüngere Männer brauchten das 3—4fache. Einmalige große Dosen wurden bald verlassen, es wurden hohe Dosen nur noch getrennt gegeben. Die Injektionen wurden verabfolgt ca. 2 Stunden vor der Operation. Die Dauer der Narkose betrug mindestens 1, öfters 2—3 Stunden.

Bei 29 Narkosen mußte mit Äther nachgeholfen werden; dabei trat kein ungünstiger Zwischenfall ein.

Da im allgemeinen experimenti causa eine Individualisierung außer Acht gelassen wurde, ereignete sich unter den 105 Fällen 1 Todesfall, weitere 8mal traten Störungen (Asphyxie, Cyanose) auf, welche sich durch künstliche Atmung und Herzmassage wieder beseitigen ließen. Diese Störungen wurden noch bis 1 Stunde nach Beendigung der Operation beobachtet.

B. glaubt, daß die der neuen Narkose noch anhaftenden Gefahren durch fortgesetzte Versuche sich werden beseitigen lassen.

Blauel (Tübingen).

---

11) **F. Cathelin.** Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires, recherches anatomiques, experimentales et cliniques.

Paris, **J. B. Baillière et fils,** 1903. Mit 32 Fig.

Die umfangreiche, vielseitige und interessante Arbeit des Verf. entstammt dem Laboratorium von Richet und der Klinik von Guyon. Sie beschäftigt sich mit einer ganz neuen Methode, mit der Injektion schmerzstillender und medikamentöser Substanzen in den epiduralen Raum, der von der unteren Öffnung des Sakralkanals aus mit der Punktionsnadel zugänglich gemacht wird. Die Methode will sich in scharfen Gegensatz zu der intraduralen »Corning-Bier'schen« Methode setzen, da sie ungefährlicher ist, und da ihre Ausführung leichter, ihre Indikation vielseitiger sein soll. Trotzdem wir im Verlaufe der Abhandlung erkennen, daß die epidurale Methode auf einem ganz anderen Boden steht, als die intradurale, und trotzdem sie ganz andere Zwecke verfolgt, beginnt Verf. zunächst mit einer breiten historischen Einleitung über die intradurale Injektionsmethode und mit einer vergleichenden Gegenüberstellung der Vorteile und Nachteile beider Methoden. Dann folgt eine ausführliche Abhandlung über die Anatomie des Sakralkanals und des epiduralen Raumes.

In dem experimentellen Teile der Arbeit erfahren wir, daß Verf. seine Methode an Tieren erprobt hat, und daß er an menschlichen Leichen feststellte, daß sich unter einem gewissen Drucke vom Sakralkanale aus das epidurale Fettbindegewebe mit seinem reichen Venengeflecht bis hoch hinauf in das Niveau des Brustmarkes mit medikamentösen Substanzen infiltrieren lasse. Die Tierversuche ergaben eine hochgradige Toleranz dieses Gewebes gegen relativ hohe

*

Arzneidosen und dabei eine sehr schnelle Resorption, die Verf. durch Osmose auf direktem Wege durch die massenhaften Venenwände erklärt; auf letzterer Erkenntnis stützt sich seine Ansicht, daß die epidurale Injektion einer subkutanen sehr überlegen sei.

Was nun die epidurale Methode völlig von der intraduralen Methode trennt, ist die Tatsache, daß bei Menschen sich auf diesem Wege eine für operative Zwecke hinreichende Anästhesie überhaupt nicht erreichen läßt; nur für kleine regionäre Operationen am After oder Steißbein soll gelegentlich eine Schmerzlosigkeit erzielt sein.

Verf. bringt nun eine ausführliche Beschreibung seiner Technik; das Einzelne über Instrumente, Technik, Arzneidosen etc. muß im Original nachgelesen werden. Zur Injektion gelangte in erster Linie Cocain und die verwandten Salze; ferner Jodoformglycerin, Gelatine, Quecksilbersalze, Guajakol und insbesondere physiologisches Serum, das C. schließlich als das Hauptmittel gegen die mannigfachsten Leiden empfiehlt. Dem Verf., sowie allen, die die epidurale Methode bisher anwandten, muß ein großer Ideenreichtum zugesprochen werden in der Wahl ihrer Indikationen, und mit Erstaunen vernimmt der Leser, daß allenthalben Besserungen oder Heilungen von Leiden erzielt wurden, die bisher gerade zu den unzugänglichsten Übeln gehörten. Dabei ist die Methode absolut ungefährlich, es entstehen keinerlei Schmerzen, Erbrechen oder sonstige Störungen, höchstens ganz vorübergehende; man erlebte nie einen üblen Zufall dabei; Kontraindikationen sind im wesentlichen nur in mechanischen Hindernissen für die Injektion, knöchernem Verschluß des Sakralkanals etc., gegeben.

Empfohlen werden nach Mauclaire Jodoform-Glycerininjektionen bei Pott'scher Kyphose, ferner Gelatineinjektionen bei Blutungen; bei schweren Formen medullärer Syphilis wird die epidurale Injektion von Quecksilbersalzen als die Methode der Zukunft bezeichnet. Sicard wandte die Methode zuerst zur Schmerzstillung bei Ischias und Lumbago an und berichtet vorzügliche Erfolge. Günstig beeinflußt wurden ferner Gliederschmerzen bei Tabes und bei Paraplegien, Polyneuritis, gastrische Krisen, Blasentenesmus, Bleikolik, Interkostalneuralgie.

In dem zweiten Teile seiner Arbeit bringt Verf. im Zusammenhange die Anwendung der Methode bei den Erkrankungen der Harnwege. Hier stehen schmerzhafte Formen von Cystitis und Urethritis im Vordergrunde, tuberkulöse und gonorrhoische. Die wunderbarsten Erfolge wurden bei Inkontinenz erzielt, ausführliche Krankengeschichten berichten über Heilungen und Besserungen ganz alter Fälle; dieselben Injektionen halfen auch bei Urinretention (!).

Aus den weiteren Kapiteln sei nur erwähnt, daß diese Injektionen (meist physiologisches Serum) mit Erfolg angewandt wurden bei Enuresis nocturna, Pollakiurie, Pollutionen, Impotenz etc. Ausführliche Krankengeschichten sind beigegeben; im einzelnen muß auf das Original verwiesen werden.

Der Schluß der Arbeit befaßt sich mit dem Versuche, die Resultate zu erklären; hier gewinnt man den Eindruck, daß es sich weniger um exakte Begriffe, als vielmehr gelegentlich um Produkte der Phantasie handelt. (Traumatisme vertébral, phénomène inhibitoire, mécanisme intime de la vibration nerveuse.)

Wir stehen im ganzen hier einer sehr ideenreichen Arbeit gegenüber; ehe ihre Ergebnisse jedoch für uns praktische Bedeutung erlangen dürften, müssen umfangreiche Nachprüfungen vorausgehen, und der Leser der Arbeit steht unter dem Eindruck, daß diese Nachprüfungen den gegenwärtigen Enthusiasmus, der nach der Schilderung des Verf. in Frankreich hierüber herrscht, vielleicht reduzieren werden. **Schmieden** (Bonn).

---

12) **Kienböck.** Über Methoden zur Deutung und Reproduktion von Radiogrammen.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 43.)

Verf. hat sich der nach Ansicht des Ref. verdienstvollen Aufgabe unterzogen, zweckmäßige Vorschläge zur Reproduktion von Röntgenbildern für Zeitschriften etc. zu machen. Er geht dabei von der Ansicht aus, die Schuchardt ausgesprochen hat, daß der Raum, den die Röntgenbilderreproduktionen in unseren chirurgischen Zeitschriften beanspruchen, und die dadurch verursachten Kosten in keinem richtigen Verhältnisse zu ihrem Nutzen stehen. An einer Reihe hübscher und klarer Bilder zeigt Verf., daß sich vorzügliche Nachzeichnungen einfach als Textfiguren machen lassen, die den großen Vorzug der Deutlichkeit haben, und bei denen der Verf. die Hauptsachen herausheben, das Nebensächliche nur andeuten, beliebig Verkleinerungen und Vergrößerungen anbringen kann. Freilich gehört dazu eine bestimmte Zeichentechnik, die sich nicht ganz leicht erlernen läßt. Der Name des Autors und Zeichners muß für die Korrektheit und Naturtreue der Zeichnungen bürgen, gerade wie bei den mikroskopischen Bildern, bei denen auch Handzeichnungen, selbst schematische, den Mikrophotographien wesentlich überlegen seien. **Schmieden** (Bonn).

---

13) **E. A. Codmann.** A study of the cases of accidental X-ray burns hitherto recorded.

(Philadelphia med. journ. 1902. März 8 u. 15.)

Aus 172 in der Literatur niedergelegten Fällen berechnet C., daß auf etwa 5000 Röntgendurchstrahlungen eine hierdurch verursachte Gewebsschwellung kommt. Diesem Verhältnis entspricht die Tatsache, daß in den Krankenhäusern Bostons bei 20000 Durchleuchtungen 4 Schädigungen beobachtet wurden, die allerdings nicht Kranke, sondern ausschließlich die Untersucher (Skiagraphers) betrafen. Wesentlich günstiger gestaltet sich das Verhältnis, wenn man die in der ersten Zeit vorgenommenen Untersuchungen aus-

schließt. So kamen im letzten Jahre auf 20000 Fälle nur eine oder zwei der hierher gehörigen Erkrankungen. Nach C.'s Angabe hat man jetzt bei einer gewöhnlichen Röntgenuntersuchung die Aussicht, unter 10000 Durchstrahlungen eine hierdurch hervorgerufene Gewebsschädigung zu erleben.

Diese teilt C. in 5 Klassen ein:

1) Die gewöhnlich an der Hand oder im Gesicht des Untersuchers als Folge oft wiederholter kurz dauernder Durchstrahlungen auftretende Dermatitis (53 Fälle). Sie kann in schweren Fällen in Gangrän und Geschwürsbildung der Haut, ja in Gangrän der Nägel, Sehnenscheiden und Gelenke übergehen.

2—4) Erkrankungsformen, die ungefähr in demselben Verhältnis zueinander stehen wie die drei Grade der Verbrennungen. Ein leichtes Erythem der Haut kann in Blasen- und Pustelbildung mit tiefergreifenden, hartnäckig jeder Behandlung trotzenden Affektionen des Unterhautzellgewebes übergehen (14, 29 und 71 Fälle). Hier handelt es sich um Kranke, die nur einmal oder mehrere Male in kurzen Intervallen durchstrahlt worden sind.

5) Die unsicheren in der Literatur erwähnten Fälle, bei denen Erkrankungen tiefer gelegener Organe in ursächlichen Zusammenhang mit der Röntgendurchleuchtung gebracht werden.

Die Ursache der durch die Röntgenstrahlen gesetzten Verletzungen ist nicht bekannt. Anzunehmen ist, daß eine an die photographisch wirksamen Strahlen gebundene Kraft Veränderungen an den trophischen Hautnerven hervorbringt.

Die bei Erzeugung der Verletzungen jedenfalls in Frage kommenden Faktoren sind die Stärke des sekundären Stromes, die Röhrenbeschaffenheit, die Entfernung des durchstrahlten Körperteils von der Röhre, die Expositionszeit, endlich eine Idiosynkrasie des Kranken. A priori muß man annehmen, daß die Gefahr einer Schädigung um so näher gerückt ist, je größer die Stärke des sekundären Stromes ist. Ferner scheinen weiche Röhren erheblicher auf die Gewebe einzuwirken als harte. Als wichtigste Momente kommen die Entfernung zwischen Haut und Röhre und die Expositionszeit n Betracht. Die Entfernungen schwankten in den Fällen zwischen 1 und 50 cm, die Expositionszeiten zwischen 5 Minuten und 20 Stunden (10 Sitzungen). Im allgemeinen gilt das Gesetz, daß die Intensität der Röntgenstrahlen und demnach auch die Gefahr einer Hautschädigung sich direkt proportional der Zeit und umgekehrt proportional dem Quadrat der Entfernung verhält. Auf Grund dieses Gesetzes hat C., um die einzelnen Fälle miteinander vergleichen zu können, die Expositionszeiten auf die Entfernung von 1 Zoll zurückgerechnet. Bei diesem Abstande ist die kürzeste Expositionszeit, die eine Verletzung hervorgerufen hat, äquivalent einer Bestrahlung von 5 Sekunden Dauer. Geht man bei der Berechnung auf eine kürzere Expositionszeit zurück, z. B. auf eine Bestrahlungsdauer von 0,05 Minuten bei 1 Zoll Abstand, so kann

man den Satz aufstellen, daß bei den dieser Expositionszeit äquivalenten Vergrößerungen von Distanz und Durchleuchtungsdauer, so bei einer Bestrahlung von 5 Minuten und 10 Zoll Abstand oder 28,8 Minuten und 24 Zoll Abstand, noch nie eine sich anschließende Gewebsschädigung beobachtet worden ist. Diese Zahlen, die als Minimalzahlen anzusehen sind und, was die Zeit anbetrifft, sicher ohne Schaden verdoppelt oder verdreifacht werden können, genügen bekanntlich durchaus für die diagnostische Praxis. Eine gesetzmäßige Beziehung zwischen der Funkenlänge des Apparates und den Schädigungen scheint nicht zu bestehen. C. meint, daß vielfach eine Idiosynkrasie der Haut bei Erzeugung der Erkrankung eine hervorragende Rolle spielt. Feuchtigkeitsgehalt, elektrischer Widerstand, Blutfülle, Reaktion der Gewebsflüssigkeit etc. sind jedenfalls von großer Bedeutung. Um der Erkenntnis dieser inkonstanten die Idiosynkrasie ausmachenden Faktoren näher zu kommen, empfiehlt C. für die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen eine Einheit der Expositionszeit zu schaffen und die gesamte Bestrahlungsdauer mit dieser Einheit als Maß auszudrücken. Er schlägt als solche Einheit eine Expositionszeit von 10 Minuten bei 6 Zoll Abstand vor. Die Zeit bis zum Auftreten der krankhaften Erscheinungen schwankte in den Fällen zwischen einigen Minuten und 3 Wochen. In 2 Fällen traten erst nach 5 Monaten Erscheinungen auf. In einem Drittel der Fälle begann die Erkrankung in den ersten 4 Tagen, in der Hälfte vor dem 9. Tage.

Läwen (Leipzig).

---

14) **F. Juliusberg.** Über »kolloide Degeneration« der Haut speziell in Granulations- und Narbengewebe.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXI. p. 175.)

J. hat in einer Anzahl von Fällen eine eigentümlich gelbe Färbung von Narben und gelbe Flecke in abheilenden tertiären Syphiliden gefunden und hat den Nachweis erbringen können, daß es sich hier um eine der sog. kolloiden Degeneration gleichende Veränderung speziell des elastischen Gewebes handelt. Dem bekannten »Kolloidmilium« konnte so eine analoge Veränderung der Haut mit bekannter Ursache (Granulationsbildung resp. Vernarbung) an die Seite gestellt werden.

Jadassohn (Bern).

---

15) **K. Herxheimer** und **K. Hartmann.** Über Acrodermatitis chronica atrophicans.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXI. p. 57 u. 255.)

Unter diesem Namen beschreiben die Verff. ein Krankheitsbild, das durch Beginn mit Infiltration und langsamen Übergang in Atrophie der Haut, durch blaurote Verfärbung, durch Lokalisation besonders an den Enden der Extremitäten, am Ellbogen etc. charakterisirt ist. Die Ursache ist unbekannt. Histologisch ist zuerst

chronische Entzündung, dann Atrophie, vor allem der elastischen Fasern, nachzuweisen. Nervöse Störungen fehlen im allgemeinen. H. und K. bemühen sich nachzuweisen, daß die diffuse idiopathische Hautatrophie, die Erythromelie, die fleckige Hautatrophie mit der von ihnen beschriebenen Krankheit im Wesen identisch sind.

Jadassohn (Bern).

---

16) **Audry.** Les phlycténoses récidivantes des extrémités (acrodermatites continues de Hallopeau).

(Annal. de dermatolog. et de syphiligr. 1901. Nr. 11.)

Unter diesem neuen Namen bespricht Verf. eine Affektion der Extremitätenenden, welche bereits von Hallopeau als eine eigene Krankheitsform beschrieben worden ist. Ihre Charakteristika sind: Auftreten von mehr oder weniger großen Phlyktänen an Händen und Füßen, welche mit Abschuppung abheilen und nie ulcerieren; Degeneration und Ausfall der Nägel; mäßiger örtlicher Pruritus, zuweilen heftige Schmerzen, welche nach dem Unterarm ausstrahlen können; außerordentlich chronischer Verlauf, so daß man die Krankheit unheilbar nennen kann; Fehlen jeder allgemeinen Störung (Harn, Blut, Sensibilität u. ä.); Mutilation der Endphalangen. Neben dieser typischen Form gibt es eine abortive und bösartige (1 Fall). Verf. neigt zu der Ansicht, daß es sich um eine Neuritis bei dieser Krankheitsform handelt. **Klingmüller** (Breslau.)

---

17) **A. Neisser.** Plato's Versuche über die Herstellung und Verwendung von »Trichophytie«.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LX. p. 63.)

Dem leider der Wissenschaft zu früh entrissenen Assistenten N.'s, Dr. Plato, war es kurz vor seinem Tode gelungen, durch Filtration von längere Zeit gewachsenen Trichophytonkulturen aus Trichophytia profunda eine Substanz zu erhalten, deren sukutane Injektion bei tief infiltrierender Trichophytie eine allgemeine hoch fieberhafte Reaktion hervorrief — nicht aber bei Gesunden oder an oberflächlicher Trichophytie Leidenden. Lokal schien sich eine Steigerung der Hyperämie und eine auffallende Besserung einzustellen.

Die leider nicht zum Abschluß gelangten Experimente sind jedenfalls von hohem pathologischem Interesse.

Jadassohn (Bern).

---

18) **Geibert.** Contribution à l'étude d'une maladie des ongles des ouvriers échanneurs de peaux.

(Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1902. Nr. 6.)

Nachdem G. bereits 1896 auf obige Krankheit aufmerksam gemacht hat, beschreibt er sie jetzt genauer und gibt photographische

Abbildungen dazu. Besagte Krankheit kommt nur bei denjenigen Gerbern vor, welche an den im Wasser aufgeweichten Häuten — meist von Hasen und Kaninchen — die inneren Aponeurosen und Fleischteile teils abpräparieren, teils mit den Nägeln abkratzen. Bei ihnen setzen sich Bazillen, deren G. mehrere Arten gefunden, vorn unter die Nägel, nisten sich dort kolonienweise ein und lösen den Nagel nach und nach vom Nagelbett; der Nagel bricht auch wohl in der Mitte durch. Die Aufweichung des Nagels in dem fauligen Wasser bei der Arbeit leistet der Krankheit Vorschub. Charakteristisch ist, daß jegliche Entzündungserscheinungen fehlen. Die Arbeiter sind natürlich durch die defekten Nägel in ihrem Beruf geschädigt.

G. meint, durch Desinfektion des Wassers, in dem die Felle eingeweicht werden, könne die Krankheit verhütet werden.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

19) **P. Linser.** Über Beckenluxationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

L. berichtet aus der Tübinger Klinik über einen Fall von vollständiger Verrenkung der rechten Beckenhälfte im Ileosakralgelenk und der Schambeinsymphyse. Diese äußerst seltene Verletzung — es sind bisher nur 11 Fälle berichtet worden — erhielt ein 28jähriger Bauer, und zwar durch Stoß eines Stieres, welcher ihn erst von hinten her erfaßte und auf das Pflaster schleuderte und dann ihn nochmals in die Dammgegend stieß.

Eine Linearzeichnung nach einer Röntgenaufnahme erläutert die charakteristischen Verhältnisse. Das rechte Schambein ist in die Höhe gestiegen, dagegen hat bei dem Darmbein eine Drehung um den Oberschenkelkopf stattgefunden, wobei die ganze Beckenschaufel sich nach hinten unten im Ileosakralgelenk verschob. In dieser Stellung ist die knöcherne Verwachsung eingetreten.

Seine Ausführungen über Beckenverrenkungen faßt Verf. am Schluß seiner Arbeit kurz folgendermaßen zusammen:

1) Unter Beckenluxationen haben wir nur 2 Arten zu unterscheiden, die Luxation der einen Beckenhälfte mit Lösung der Symphysis pubis und sacroiliaca und die Verrenkungen des Kreuzbeines mit oder ohne Trennung der Schambeinfuge.

2) Beide Luxationen sind sehr selten; bisher existieren je nur ca. 15 Beobachtungen.

3) Die Luxationen des Kreuzbeines sind fast immer, die der einen Beckenhälfte in nahezu der Hälfte der Fälle von tödlichem Ausgang begleitet gewesen. Sie sind häufig durch Frakturen der Beckenknochen kompliziert.

4) Die Beckenluxationen entstehen meist durch Einwirkung schwerer Gewalten direkt auf die Hinterfläche des Beckens. Für die Luxationen der einen Beckenhälfte kommt außerdem noch Fall

aufs Gesäß, auf die Füße, sowie seitliche Kompression des Beckens ätiologisch in Betracht.

5) Therapeutisch ist baldige Reposition angezeigt. Es kommen jedoch auch Fälle von spontaner Reduktion vor, welche die sonst leichte Diagnosenstellung vereiteln können. **Blauel** (Tübingen).

---

20) **L. Heusner.** Über die angeborene Hüftluxation.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Die vorliegende Arbeit verdankt ihre Entstehung den von H. in den ärztlichen Fortbildungskursen zu Barmen im Winter 1901/2 über die angeborene Hüftluxation gehaltenen Vorträgen. Die lebendige, anregende Darstellung entspricht ihrem didaktischen Zweck in vollem Maße, indem Verf. sich nicht darauf beschränkt, in gedrängter Form alles Wissenswerte zusammenzufassen, sondern an einem vielseitigen Demonstrationsmaterial das bisher Gewonnene erläutert und mit eigenen Untersuchungen und Erfahrungen vergleicht, um dadurch den Hörer resp. Leser in den Stand zu setzen, sich ein selbständiges Urteil zu bilden. In die Beschreibung von Ätiologie, Symptomatologie, pathologischer Anatomie und Therapie sind überall interessante historische Notizen eingeflochten.

J. Riedinger (Würzburg).

---

21) **K. Nieny.** Über den Knickfuß und seine Messung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Der Knickfuß entsteht nach den Ausführungen des Verf. durch Übertreibung der Pronation und Abduktion und ist die Vorstufe des Plattfußes. An dem Apparat, den Verf. beschreibt und abbildet, kann bei richtiger Einstellung des Fußes der Grad der Abweichung bequemer und sicherer als nach den bisherigen Methoden festgestellt werden. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

22) **M. van der Beek** (Amsterdam). Über die Valgustheorie Duchenne's de Boulogne.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Nach der Theorie Duchenne's ist die Ursache des Pes valgus zu suchen 1) in Verringerung der Kraft des Musculus peroneus longus, in dessen gänzlicher oder teilweiser Lähmung, 2) in Kontraktur dieses Muskels.

Diese Theorie hat, wie Verf. erläutert, bis heute noch keine richtige Beurteilung in der Literatur erfahren, obwohl sie die denkbar einfachste sei und von allen Theorien am meisten befriedige. Verf. tritt nun mit Überzeugung für dieselbe ein und verteidigt sie gegen verschiedene Angriffe unter Hinweis auf die Untersuchungen Duchenne's über die Physiologie des genannten Muskels.

J. Riedinger (Würzburg).

---

23) **H. Bradford.** Shoe deformities.

(New York med. journ. 1902. Oktober 18.)

Der Autor schildert ausführlich die mannigfachen Schädigungen des Fußes, die durch das Tragen unzweckmäßiger Schuhe bewirkt werden, indem er derartig verbildete Füße mit solchen von Kindern und barfußlaufenden Völkern (Ungarn) vergleicht. Die Freiheit der Fußbewegung beruht nicht allein in den größeren Gelenken, sondern auch in den kleineren, insbesondere im Metatarsocuneiforme-Gelenk, für Extension und Flexion der Zehen, und der mittleren Tarsalgelenke für seitliche Bewegung und Rotation. Hindernd wirken hierbei schon unnachgiebige und zu schwere Schuhe. Ein Verlust der Beweglichkeit in den Metatarsophalangeal-Gelenken wird durch Steifigkeit der Sohle hervorgebracht, weil sie die Plantarflexion verhindert und die Zehen in einer leichten Dorsalflexion erhält. Die Plantarflexion ist aber ein Akt, der sehr notwendig ist beim Rückwärtsabstoßen des Fußrückens am Ende des Schrittes. Die Kraft der hierzu nötigen Muskelbewegung ist bei den schuhtragenden Völkern herabgesetzt im Vergleiche zu den barfüßigen. Die Beschränkung der Bewegungsfreiheit in den Metatarsophalangeal-Gelenken ist noch größer, wenn die große Zehe von der normalen Linie der Fußachse nach außen davon abgedrängt ist. Die Schuhe sind nun gewöhnlich so gemacht, daß sie an der anatomisch breitesten Stelle, der Zehenreihe, am schmalsten sind, dagegen breiter am Metatarsus. Der Druck beim Gehen ist aber im Schuh größer in der Mitte als am Ende des Schuhes; dadurch kommt es, daß die große Zehe untergeschoben und bei jedem Schritte vorwärts gestoßen wird bis zu einem gewissen Grade von seitlichem Druck der Zehen nach der Mittellinie des Fußes zu. Die Kraft am Ende des Schrittes kann aber dann nicht wie richtigerweise auf das Köpfchen des 1. Metatarsalknochens wirken, sondern auf das des 2., 3. und 4. Dadurch wird eine Abflachung des Fußgewölbes bewirkt, die sich schon äußerlich vielfach durch Bildung von harten Hautstellen etc. dokumentiert; andererseits wird eine Verkrüppelung der Zehen hervorgerufen.

In dem Bestreben, das geschwächte Fußgewölbe zu unterstützen, werden allerdings auch Schuhe gemacht, die eine Stütze für dasselbe haben, aber diese stützen mehr das Cuneiforme und die Metatarsi, als den Astragalus und das Scaphoid, die beim geschwächten Fuße am meisten unterstützt werden müßten. Durch diese falsche Konstruktion der Unterstützung wird eine Atrophie der Sohlenmuskeln herbeigeführt, und da diese Muskeln Plantarflexoren der Zehen sind, kommt es zu einer Schwächung der Zehenbeugung und damit auch zur Schwächung der Abwärtsstoßbewegung.

Zur Abhilfe rät Verf. vor allem zu individualisieren: der Schuh, der im Salon allenfalls zu tragen ist, soll nicht auf der Straße getragen werden, da hier größere Anforderungen an die Fußtätigkeit gestellt werden; mehr noch ist dies nötig bei reger körperlicher Tätigkeit (Sport etc.). Die Schuhe sollen an der Innenseite gerade

und genügend lang sein, die Zehen sollen nicht an der Spitze anstoßen, sondern genügend Raum für ihre Bewegung haben; die Schuhe sollen nicht an der Fußbeuge drücken, sondern eine gewisse Bewegungsfreiheit ermöglichen. Am wichtigsten ist die Fußpflege im Kindesalter; fast übermäßig viele Abbildungen erläutern die Ausführungeu des Verf. **Scheuer** (Berlin).

24) **N. Bardescu** (Bukarest). Der therapeutische Wert der Nervenoperation bei den chronischen Ulcera cruris.

(Spitalul 1902. Nr. 18 u. 19.)

Nach kritischer Besprechung aller in der Behandlung chronischer Beingeschwüre empfohlener Methoden gelangt B. zu dem Schlusse, daß keine derselben die Sicherheit einer raschen und definitiven Heilung bietet. Derartige Resultate konnte er nur mit seiner Behandlungsmethode, bestehend in direkter Dehnung der die erkrankte Gegend versorgenden Nerven und Unterbindung der Vena saphena derselben Seite, erzielen. Die Nervendehnung soll so nahe als möglich am Geschwür gemacht werden, um gute Resultate zu erzielen. Die Venenunterbindung wird oberhalb des Knies ausgeführt. Bei 14 derart operierten Kranken ist Heilung eingetreten und kein Rezidiv zu verzeichnen gewesen. B. ist der Ansicht, daß die Dehnung einerseits direkt auf die trophischen Nervenfasern einwirkt, andererseits die gesunkene Reflextätigkeit, gemäß der Ansicht Marinescu's, wieder erweckt. **E. Toff** (Braila).

Kleinere Mitteilungen.

25) Vom XII. polnischen Chirurgenkongreß in Krakau.

Als Hauptthema stand zunächst die Frage der Behandlung tuberkulöser Halslymphome zur Diskussion.

Trzebicky (Krakau) verfügt insgesamt über 860 radikale Lymphomoperationen. Von 175 Pat. gelang es zwecks Feststellung der Dauerresultate (mindestens 3 Jahre nach der Operation) Auskunft zu erhalten. Von diesen sind 101 (= 57,7%) definitiv geheilt, 15 (= 8,5%) sind mit lokalem Rezidiv behaftet, 19 (= 10,8%) weisen Erscheinungen von Lungentuberkulose auf und 40 (= 22,8%) starben.

Vortr. bekennt sich als Anhänger der operativen Therapie. Die konservative Behandlung zieht er nur bei rein hyperplastischer Form in Betracht. Wo die Allgemeinbehandlung im Stiche läßt, oder wo jene aus äußeren Gründen (materielle Lage) nicht gut durchführbar ist, greift er zur Operation. Mit derselben soll jedenfalls nicht lange gewartet werden, da durch periadenitische Prozesse der Eingriff bedeutend erschwert wird. T. sah bisweilen nach der Exstirpation stark verwachsener Drüsen Ödeme der entsprechenden Gesichtshälfte. Technische Details erörternd, warnt Vortr. eindringlich vor einer präventiven Anlegung einer Fadenschlinge um die V. jugularis.

In der Diskussion bespricht Szuman (Thorn) die wesentlichen Bedingungen, welche die Operationstechnik zu erfüllen hat, d. i. eine gründliche und zusammenhängende Exstirpation. Vortr. verwirft die subkutane Methode Dollinger's, da dieselbe obigen Anforderungen keinenfalls entspricht.

Bogdanik (Biala) weist auf einen Zusammenhang zwischen der Bildung periglandulärer Verwachsungen und äußerer Jodverwendung hin.

Krasowski (Gorlice) nimmt gleiches von der innerlichen Jodbehandlung an.

Mieczkowski (Posen) berührt kurz die Frage des Auftretens einer allgemeinen Miliartuberkulose im Anschlusse an Lymphomoperationen.

Hordyński (Krakau) hält die Operation für aussichtslos in Fällen, wo sich neben einem größeren Konglomerate kleinere solitäre Lymphome vorfinden.

Kader (Krakau) schildert das von ihm geübte Verfahren rapiden Vorgehens direkt durch den Drüsentumor, Freilegung und Unterbindung der V. jugularis und Auspräparierung des Paketes von innen nach außen.

Oderfeld (Warschau) spricht seine Bedenken aus gegen Kader's Verfahren unter Hinweis auf die Gefahren, welche die Eröffnung tuberkulöser Herde in sich birgt.

Sołtysik (Husiatyn) rät, da Lymphomkranke eine Allgemeinnarkose sehr schlecht vertragen, letztere nach Möglichkeit in diesen Fällen einzuschränken.

Staszewski (Krakau): Die Morphologie des Blutes beim Wundheilungsprozesse.

Jeder Wundheilungsprozeß geht mit einer (vorwiegend neutrophilen) Leukocytose einher. Sie beginnt bereits 1 Stunde nach der Operation, erreicht ihr Maximum zu Ende des 1. Tages, um dann gradatim zur Norm abzusinken, die sie in unkomplizierten Fällen innerhalb des 3.—4. Tages erreicht. Längeres Anhalten der Leukocytose signalisiert eine Störung in der Wundheilung, während eine Verzögerung im Anstiege eosinophiler Zellen zur Norm (der gewöhnlich im Laufe des 2.—3. Tages erfolgt) Komplikationen außerhalb des Wundbereiches anzeigt.

Blassberg (Krakau): Über das Verhalten der weißen Blutkörperchen bei eitrigen Prozessen.

Auf Grund seiner Untersuchungen (60 Fälle) kann Vortr. im Gegensatze zu Curschmann u. a. dem Befunde hoher Leukocytenwerte bei Appendicitis die Rolle eines ausschlaggebenden Momentes in der chirurgischen Indikationsstellung nicht zuweisen.

Barącz (Lemberg): Zur Kenntnis der Aktinomykose. (Demonstration mikroskopischer Präparate).

A. Rydygier (Lemberg): Zur Kryoskopie des Harns nach Chloroformnarkosen.

Gefrierpunktsbestimmungen ergaben, daß die Chloroformnarkose auf gesunde Nieren keinen nachteiligen Einfluß ausübe. — Prussiński (Warschau) hält Untersuchungen mit dem Beckmann'schen Apparate in diesen Fällen nicht für hinlänglich zuverlässig, möchte vielmehr die Methylenblauprobe empfehlen.

Kozłowski (Drohobycz): Über ein neues Verfahren bei der Lumbalanästhesie. (Siehe d. Zentralblatt 1902 Nr. 45.)

Przybylski (Krakau): Zur Kasuistik der Medullarnarkose.

Bericht über die Erfahrungen der Kader'schen Klinik. Benutzt wurde Tropacocain. 170 Fälle; 143mal voller Erfolg, 3mal wurde keine Analgesie erreicht und 24mal hörte sie zu früh auf. Die Nebenerscheinungen waren kurzdauernd und meist leichter Natur.

Bossowski (Krakau): Über Kephalohydrokele traumatica.

Vortr. spricht sich für Inzision der Cyste mit nachfolgender Tamponade und gegen einen plastischen Verschluß der Schädellücke aus.

A. Zawadzki (Warschau) berichtet über 3 Fälle von Exstirpation des Ganglion Gasseri. Operation nach Hartley-Krause. Heilung seit 5, 3, resp. 1/2 Jahre.

Klęsk (Krakau) bespricht einen interessanten Fall von Karzinom des Schädeldaches und Zaremba (Krakau) einen Fall von intrakraniellem Cholesteatom.

Sawicki (Warschau): Zur Operation der Sattelnase.

Mitteilung über 2 Fälle mit Hinweis auf die guten kosmetischen Resultate der Israel'schen Transplantation einer Knochenspange aus der Tibia.



Herman (Lemberg): Zur Operation des Lippenkrebses.

Vortr. betont die Notwendigkeit einer prinzipiellen Ausräumung der submaxillaren Drüsengegend.

Ziembicki (Lemberg): Tödliche Blutung nach Tracheotomie.

Tracheotomia inferior wegen Sklerom bei einer 52jährigen Pat. Einlegung einer Spiralkanüle nach König. Am 5. Tage p. op. beim Verbandwechsel profuse Blutung. Tamponade erfolglos. Tod. Sektion ergibt eine Usur der dem unteren Wundwinkel anliegenden Art. anonyma.

Schramm (Lemberg): Die Behandlung der Bauchfelltuberkulose bei Kindern.

Auf Grund seiner Erfahrungen spricht Vortr. dem Werte der chirurgischen Therapie das Wort. Eine Heilung durch innere Behandlung oder Punktion ist nur selten zu erhoffen. Die Laparotomie hat ihre Berechtigung bei allen Formen der Peritonealtuberkulose. Ihre Heilwirkung erklärt S. durch die nach der Operation eintretende venöse Hyperämie. Am günstigsten stellen sich die Heilungschancen bei der exsudativen Form. Freilich muß eine beträchtliche Anzahl dieser Fälle relaparotomiert werden. Bei ascitischer und adhäsiver Form genügt eine einfache Laparotomie; bei der ulcerösen ist noch eine Drainage geboten. Vortr. hat 45 Fälle von tuberkulöser Peritonitis beobachtet und von diesen 25 intern und 20 chirurgisch behandelt. Während der Spitalsbehandlung starben 9 (=36%) nicht operierte und 2 (= 10%) operierte Fälle. In 23 Fällen wurde nach circa $1\frac{1}{2}$ Jahren das Endresultat ermittelt. Von 13 chirurgisch Behandelten genasen bezw. besserten sich 10, während 3 (= 23%) innerhalb eines Jahres gestorben sind. Von 10 nicht operierten Fällen starben 8 (=80%), während 2 zur Zeit gesund sind.

Bogdanik: Über subkutane Dickdarmrupturen nach Bauchkontusionen.

An der Hand eines selbst beobachteten Falles (48jähriger Mann; nicht operiert; Tod 14 Stunden post traumam; Sektion: Darmruptur an der Grenze von Colon descendens und Flexur) bespricht B. die einschlägigen diagnostischen Kriterien. Die Diagnose, ob eine Bauchkontusion mit Darmläsion kompliziert ist, sei oft unmöglich. Daher ist eine sofortige Laparotomie, wenn auch nur zum Zwecke der Diagnosestellung, indiziert. — Idziński (Saybusch) empfiehlt für die Diagnose der Perforation auf die von A. Gluziński beobachtete Verlangsamung des Pulses zu achten. — Ziembicki legt den größten Wert auf die Spannung der Bauchdecken.

Szuman: Zur Chirurgie der Gallensteine.

Vortr. wendet sich unter Zugrundelegung 18 eigener Fälle gegen eine prinzipielle Entfernung der Gallenblase ohne besondere Indikation. Die Ektomie möchte er auf Geschwürsbildung in der Gallenblase und narbigen Cysticusverschluß beschränkt wissen. Sonst will er sich mit der einzeitigen Cystostomie begnügen. Die ideale Operation zieht S. nur dann in Betracht, wenn er von der Durchgängigkeit der Gallenwege überzeugt ist.

L. Rydygier (Lemberg): Zur Gastroenterostomie.

Im allgemeinen bevorzugt R. die v. Hacker'sche Methode; nur wo diese nicht anwendbar (hintere Verwachsungen des Magens), operiert er nach Roux.

Jasiński (Lemberg) teilt ausführlich einen Fall von Pankreascyste mit, welcher mit Einnähung des Sackes in die Bauchwunde, Eröffnung und Drainage der Cystenhöhle, erfolgreich behandelt wurde.

Trzebicky berichtet über 3 (Malariahypertrophie, 1 Todesfall) unlängst von ihm vorgenommene Splenektomien. — Pomorski (Posen) erwähnt eines Falles von Milzexstirpation bei Leukämie. Bemerkenswert ist, daß der postoperative Verlauf durch heftige Darmblutungen kompliziert war. Schließlich Heilung.

Bossowski: Die Nephrektomie bei Kindern.

Bericht über 2 transperitoneale Operationen wegen Sarkom bei Kindern im Alter von $2\frac{1}{2}$ resp. $1\frac{1}{2}$ Jahren. 1 Todesfall im Anschlusse an die Operation, 1 Heilung seit 7 Monaten beobachtet.

L. Rydygier demonstriert das von einem 25jährigen Pat. durch Nephrektomie gewonnene Präparat von Grawitz'schem Tumor.

Sawicki: Zur Radikaloperation der Schenkelbrüche.

S. erzielte in 2 Fällen von großen Kruralhernien durch Verschluß der weiten Bruchpforte mittels eines Periost-Knochenlappens von der Symphyse sehr günstige Resultate. Der einzige Nachteil dieser Trendelenburg'schen Methode sei die lange Heilungsdauer.

L. Rydygier: Ein Vorschlag zur Operation der Blasenektopie.

R. empfiehlt folgendes Verfahren: Lospräparierung der Blasenränder, Eröffnung der Peritonealhöhle, Versenkung der Blase und Vernähung nach Lembert. Darüber Schluß der Bauchdecken nach vorheriger Mobilisierung der Recti durch Schnitte am Außenrande derselben und Abmeißelung ihrer Ansatzstellen am Os pubis.

Wehr (Lemberg) erörtert die Nachteile der Methode Sonnenburg's. — Rutkowski (Krakau) spricht zu Gunsten seiner Methode, einer Plastik aus dem Dünndarme, unter Vorstellung des vor 4 Jahren (s. d. Zentralblatt 1899 Nr. 16) operierten Falles.

Kryński (Warschau): Zur Behandlung der Prostatahypertrophie.

Auf Grund eingehender Studien über die Form- und Stellungsveränderungen der Blase bei Prostatahypertrophie empfahl K. im Jahre 1896 — also lange vor Goldmann — eine Fixation der vorderen Blasenwand an die vordere Bauchwand. Seither hat sich dieses Verfahren als Aushilfsoperation sehr gut bewährt.

Bossowski hält von Kryński's Methode nicht viel; jedenfalls gibt er einem direkten Angriffe auf die Prostata vor der suprapubischen Cystopexie den Vorzug.

L. Rydygier: Über Indikation zur Sectio alta.

Vortr. will selbstverständlich für die Behandlung der Blasensteine keine allgemeinen Regeln geben. Da müsse man eklektisch verfahren. Er möchte jedoch die Leistungsfähigkeit des hohen Steinschnittes mit primärer völliger Blasennaht, welcher ihm Ausgezeichnetes leistete, betonen. Ein Nachlassen der Naht erlebte er nur in ca. 4% seiner Fälle. Für gewisse Fälle (nicht zu großer, den Instrumenten zugänglicher Stein und keine hochgradige Cystitis) erkennt R. die Berechtigung der Lithotripsie voll an. — Ziembicki erklärt dagegen die Lithotripsie als Operation der Wahl.

Kostanecki (Krakau): Der Descensus testiculorum.

Vortr. bringt eine kritische Würdigung der über Ursachen und Mechanismus des Vorganges gegenwärtig herrschenden Ansichten.

A. Rydygier: Die Dauerresultate der Winkelmann'schen Radikaloperation der Hydrocele.

Von 61 Fällen hat R. über 37 bestimmte Nachrichten. 2 Rezidivfälle.

Trzebicky: Kasuistisches zur Behandlung der Hodentuberkulose.

T. bespricht kurz sein und weil. Obaliński's, von Berger zusammengestelltes Material. 47 Fälle. Darunter: 1 Fall nicht operiert (†), 7 partielle Exzisionen (4 †), 30 einseitige (10 †) und 9 doppelseitige Kastrationen (3 †). Bei keinem der 6 doppelt Kastrierten haben sich psychische Defekte eingestellt.

A. Zawadzki: Zur Therapie des Mastdarmvorfalles.

Vortr. rühmt die Vorteile der Einlegung eines Silberdrahtringes in den Sphincter ani. Er hat diese Thiersch'sche Methode auch bei Erwachsenen mit vollem Erfolge angewandt.

Slęk (Lemberg): Die Radikaloperation der Hämorrhoiden nach Whitehead.

Bericht über die Dauererfolge von 14 derartigen Operationen. Nach S. verdient diese Methode vor allen anderen den Vorzug. — Chlumský (Krakau) befürwortet die Methode Riedel's. — Trzebicky tritt warm für die v. Langenbeck'sche Methode ein. Unter 800 Operationen hat er nur 1 Todesfall zu beklagen gehabt. — Im ähnlichen Sinne äußert sich über diese Methode Wachtel (Krakau) auf Grund von 200 Fällen.

Sołowij (Lemberg): Die Therapie des Uteruskarzinoms.

Vortr. bringt ein kurzes Referat über den gegenwärtigen Stand dieser Frage. — In der Debatte beleuchten Ziembicki, Doliński (Przemyśl) und Woiciechowski (Krakau) das Für und Wider des Klammerverfahrens und besprechen technische Details desselben.

Kader demonstriert zunächst einen Fall von kongenitaler Kontraktur der Vorderarmbeuger, geheilt durch Sehnenplastiken; ferner ein 16jähriges Mädchen mit gelungener unblutiger Reposition einer angeborenen Hüftluxation. — Bezüglich des letzteren Falles kann L. Rydygier der Behauptung Kader's nicht beistimmen. Er glaubt vielmehr eine Transposition vor sich zu haben, bei der übrigens das funktionelle Resultat auch ein gutes sein kann. Die von Kader vorgelegten Skiagramme seien wenig überzeugend. — Chlumský sah eine wirkliche anatomische Reposition bei v. Mikulicz in 75% und bei Hoffa in ca. 50% der Fälle gelingen.

Frommer (Krakau): Zur Technik der Amputation.

Vortr. wägt die Vorteile der Methode Bier's gegenüber anderen Methoden ab.

Sawicki: Zur Plastik bei Defekten der Tibia.

S. hat in 3 Fällen die Höhle nach Osteomyelitis mit einem von der Umgebung (M. gastrocnemius) genommenen gestielten Muskellappen ausgefüllt, wie dies ähnlich seinerzeit af Schultén für Femurdefekte in Vorschlag brachte.

R. Urbanik (Krakau).

---

26) F. Kuhn (Kassel). Zur Extension.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 41.)

K. beschreibt Extensionsvorrichtungen, die sich in verschiedener Variation überall anbringen lassen und billig zu beschaffen sind. Das Instrumentarium besteht aus einem kleinen Schraubstock aus Eisen von rechteckiger oder polygonaler Form mit einer Schraube und mehreren Löchern, in welche die Gewinde der anzuschraubenden Rollen passen. Die »Rollklammern« können einzeln oder miteinander verkoppelt verwendet werden, wodurch die Leistungsfähigkeit des Apparates gesteigert wird. Zahlreiche Abbildungen mit erläuterndem Text veranschaulichen die mannigfaltigen Verwendungsarten dieser Extensionsvorrichtung.

Kramer (Glogau).

27) A. M. Orlowski. Zur Kasuistik seltener chirurgischer Komplikationen der Influenza.

(Chirurgie 1902. August. [Russisch.])

Eine 30 Jahre alte Musiklehrerin erkrankte an Influenza. Noch nicht völlig geheilt, spielte Pat. lange Klavier, wobei viel mit dem Pedal gearbeitet werden mußte. Darauf entwickelte sich das Bild einer Phlegmone des Oberschenkels, die höher stieg und rasch 8 Finger über das Poupart'sche Band reichte. Ausgangspunkt — eine alte Narbe nach Drüsenexsision. Haut über der Schwellung cyanotisch. Schnitt über dem Leistenbande durch Haut und Aponeurose des M. obl. ext. Auffallend war die leichte Trennung der Gewebe mit Hilfe des Fingers in der Tiefe. Fluktuation über dem Leistenbande, Probepunktion gibt nur Blut. Verband. Nach 4 Stunden platzte die Geschwulst; es zeigte sich ein kindskopfgroßes Hämatom. Tamponade. Bauchfell unversehrt, nach oben gedrängt. Die ganze, den Hohlraum deckende Gewebsschicht wurde nekrotisch, und nach ein paar Tagen trat Tod ein. Es handelte sich also um toxische Nekrose (Phlebitis) der Vena femoralis oder iliaca communis mit Hämatombildung und nachfolgender Nekrose.

Gückel (Kondal, Saratow).

28) O. Salomon. Über sklerodermieartige Hautveränderung nach Röntgenbestrahlung.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LX. p. 263.)

In dem von dem Verf. mitgeteilten Fall war durch eine allerdings nach neueren Begriffen viel zu energische und viel zu lange fortgesetzte Röntgen-

behandlung eines Lupus neben schwer heilenden Ulcerationen eine sklerodermieähnliche Veränderung der Haut entstanden; außerdem hatte das Seh- und Hörvermögen wesentlich gelitten. Der Fall mit diesen wirklich schwersten Veränderungen mahnt jedenfalls zur Vorsicht bei der Röntgentherapie.

Jadassohn (Bern).

29) **Dubreuilh et Le Strat.** Lichen plan palmaire et plantaire.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 209.)

Verff. teilen 3 Fälle eigener Beobachtung von Lichen ruber planus mit Beteiligung der Flachhände und Fußsohlen mit und fügen noch 2 andere aus der französischen und 4 aus der englischen Literatur hinzu, um das klinische Bild zu schildern und die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zu erörtern. Als besonders bemerkenswert heben Verff. hervor, daß es ihnen unmöglich erscheint, die Diagnose zu stellen, wenn es sich um eine isolierte Erkrankung der Handteller und Fußsohlen handelt; die Ähnlichkeit dieser Krankheit an diesen Stellen mit Syphiliden sei sehr groß. **Klingmüller** (Breslau).

30) **W. Harttung und A. Alexander.** Zur Klinik und Histologie des Erythème induré Bazin.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LX. p. 39.)

Das Erythème induré Bazin's ist in Deutschland noch sehr wenig beachtet. Es besteht aus chronischen, derben, subkutanen Knoten besonders an den Unterschenkeln skrofulöser Individuen — gelegentlich mit Neigung zu Erweichung und Ulceration. In letzter Zeit hat man diese Affektion teils als »Tuberkulid« (tuberkulotoxische Erkrankung), teils als embolische Tuberkulose aufgefaßt. In dem von dem Verf. veröffentlichten Falle bildeten sich große schmerzlose, zum Teil sehr tiefe Geschwülste an oberen und unteren Extremitäten bei einem an Lungentuberkulose leidenden und später an Wirbelkaries, spinaler Meningitis etc. zugrunde gehenden Manne. Die histologische Untersuchung lehrte, daß es sich um eine wirkliche Tuberkulose im Unterhautzellgewebe handelte, obgleich die Tierversuche ein negatives Resultat ergeben hatten. **Jadassohn** (Bern).

31) **Du Castel.** Ulcère bulleux récidivant des membres inférieurs.

(Annal. de dermat. et de syph. 1902. p. 32.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von oberflächlichen Ulcerationen an den Unterschenkeln, welche aus Blasen entstanden sind, oberflächlich liegen, stark vaskularisiert sind und schnell vernarben. Während der Verheilung schießen neue Eruptionen auf, in der Umgebung Blasen und auf der Ulceration rundliche, diphtheroide Stellen von gleicher Größe wie die Blasen. Verf. schließt Syphilis, Tuberkulose, variköses Ulcus aus und glaubt, daß trophische Störungen in der Haut die Ursache dieser Affektion sind. **Klingmüller** (Breslau).

32) **H. Herrmann.** Eine eigentümliche mit Hyperidrosis einhergehende entzündliche Dermatose an der Nase jugendlicher Individuen.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LX. p. 77.)

Die von mir mit dem Namen »Granulosis rubra nasi« bezeichnete eigenartige Hautkrankheit an der Nase von Kindern, die sich in kleinen roten Knötchen, gelegentlich mit Bläschen und Pusteln, meist mit Hyperidrosis kundgibt, ist von H. in 9 Fällen beobachtet worden. Auch er hält sie für ein ganz eigenartiges Krankheitsbild, trotzdem er die von mit konstatierten histologischen Veränderungen um die Schweißdrüsenausführungsgänge nicht finden konnte. Er glaubt, daß die Affektion bei Kindern vorkommt, welche der ärmeren Bevölkerungsklasse angehören (ich kenne aber auch Fälle aus den wohlhabenden Ständen), und daß die meisten dieser Kinder in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben sind.

Jadassohn (Bern).

33) Gaucher und Crouzon. Naevus verruqueux zoniforme du thorax et du membre supérieur droit.

(Annal. de dermat. et de syph. 1902. p. 50.)

Die Verff. stellten in der Soc. de dermat. et syph. ein 7jähriges Mädchen vor, bei welchem sich erst im 5. Lebensjahre nach Applikation eines Medikaments (papier Vlinsi) ein Naevus entwickelte, welcher sich über Brust, Schulter und den ganzen Arm erstreckte. Hallopeau citiert einen Fall, wo ein Naevus erst im 18. Lebensjahre auftrat, und Besnier bemerkt, daß sie sich sogar noch später entwickeln können. **Klingmüller** (Breslau).

34) R. Ledermann. Über Bromocollresorbin.

(Fortschritte der Medizin 1902. Nr. 14.)

Verf. hat das Bromocollresorbin in der 20%ig fabrikmäßig dargestellten Salbenform beim nervösen, lokalen und universellen Pruritus, sowie bei einer weiteren Anzahl von mit Jucken verbundenen Hautaffektionen erfolgreich angewandt.

Das Bromocoll ist eine Dibromtanninleimverbindung, die in der Haut wahrscheinlich in ihre wirksamen Komponenten zerlegt wird und so in statu nascendi wirkt. **Kronacher** (München).

35) O. v. Wartburg. Über Spontangangrän der Extremitäten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

v. W. gibt eine Bearbeitung der in den letzten 20 Jahren in der chirurgischen Klinik zu Zürich und in der Privatpraxis des Herrn Prof. Krönlein zur Beobachtung gekommenen 52 Fälle von Spontangangrän der Extremitäten. Im ersten Abschnitte sind 4 Fälle von Extremitätenbrand infolge embolischen Verschlusses der größeren Gefäßstämme der Glieder erwähnt.

Der zweite Abschnitt befaßt sich mit den Fällen, welche die Entstehung der Gangrän einer Thrombose von Arterien oder einer obliterierenden Entzündung ihrer Häute verdanken. Hierher gehören 2 Beobachtungen von Spontangangrän bei Infektionskrankheiten und 3 weitere durch Endarteriitis obliterans. Den Hauptanteil nehmen aber die sogenannte Gangraena senilis und der Gliederbrand der Diabetiker.

Bei ausführlicher Wiedergabe der Krankengeschichten und unter eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur gibt Verf. ein zusammenfassendes Bild jeder dieser Gruppen. **Blauel** (Tübingen).

36) R. Schwarz (Padua). Disarticolazione interscapolo toracica per osteosarcoma.

(Rivista veneta di scienze med. Venezia 1902. Juni.)

An einer 41jährigen Frau, welcher Verf. 10 Monate vorher wegen eines myelogenen Sarkoms den Kopf des linken Oberarmes reseziert hatte, führte er behufs Exstirpation des lokalen Rezidives die Berger'sche Amputatio interscapolo-thoracico in ziemlich typischer Weise aus. 3 Jahre nach dieser Operation war die Frau noch vollkommen gesund. **A. Most** (Breslau).

37) N. W. Ssinjuschin. Ein Fall von Resektion des Plexus brachialis.

(Med. obosrenje 1902. Nr. 18.)

In der Literatur ist nur ein Fall von Thorburn 1900 im Brit. med. journ. beschrieben. Im Falle S.'s erlitt Pat. ein schweres Trauma vor 7 Monaten: ein Baum fiel ihm hinten auf die Schulter. Darauf entstand eine Lähmung der rechten oberen Extremität; man fand Affektion aller Wurzeln des Plexus brachialis, wobei die Zweige zum M. pectoralis, supraspinatus und zu den übrigen Muskeln des Schultergürtels erhalten waren. Resektion der 3 Stämme des Plexus brachialis (Prof. Bobrow). Schnitt vom Rande des M. sterno-cleido-mast. 10 cm vom Wurmfortsatz beginnend, zur Axilla, 10—12 cm lang. Das Schlüsselbein wird etwas

nach innen von der Mitte durchsägt, der M. subclavius durchschnitten und nun stumpf der Plexus bloßgelegt. Man fand fibröse Degeneration der Stämme. 1 Jahr nach der Operation hatte sich der Zustand ein wenig gebessert; Verf. hofft, daß die Besserung noch mehr fortschreiten wird.

Gückel (Kondal, Saratow).

38) **Gersuny. Resektion des Humerus wegen Sarkom.**

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung vom 18. April 1902.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 17.)

G. stellt einen Pat. vor, an dem er vor einem Jahre wegen eines nach Trauma entstandenen Sarkoms $^2/_3$ des Humerus resezierte, so daß nur das untere Drittel in Länge von etwa 10 cm zurückblieb. Die Vorstellung geschieht zu dem Zwecke, die verhältnismäßig gute Brauchbarkeit der Extremität zu zeigen, die Vortr. als Folge seines Operationsverfahrens betrachtet. G. führt aus, daß man bei der Oberarmresektion je nach der Stelle des Knochenquerschnittes in verschiedener Weise für die Funktion vorsorgen könne. Nach der Resektion im Collum chirurgicum würde die Verlegung der Ansatzpunkte des M. deltoides, pectoralis major und latissimus dorsi an eine entsprechend tiefere Stelle des Schaftes günstige Folgen erwarten lassen. Nach Resektionen etwa bis zur Mitte des Knochens sollte man dessen Sägefläche am axillaren Rande oder am unteren Winkel des Schulterblattes befestigen und könnte sowohl von einer knöchernen als auch von einer artikulierten Verbindung eine gute Gebrauchsfähigkeit erwarten.

Bei der Resektion unterhalb der Mitte, wie im vorliegenden Falle, würde eine Verwachsung des Oberarmes mit dem Thorax in der ganzen Ausdehnung, in welcher ersterer herabhängend demselben anliegt, Erfolg versprechen. Es wurde hier nach der Resektion der M. deltoides mit dem M. biceps brachii vernäht, dann wurden am Brustkorb und der Innenseite des Oberarmes zwei lange korrespondierende Hautschnitte gemacht, die in der Achselhöhle ineinander übergingen; diese Schnitte wurden klaffend gemacht, der M. triceps brachii durch Nähte am Thorax angeheftet; zuletzt wurden die vorderen und die hinteren Wundränder der beiden langen Schnittwunden miteinander vernäht.

Der Erfolg der Operation ist der, daß die Extremität mit großer Kraft gebraucht werden kann. Der Vorderarm kann höher als bis zur Horizontalen erhoben werden, dabei stemmt sich der Humerusquerschnitt an die Thoraxwand. Das Röntgenbild zeigt an dieser Stelle der Thoraxwand eine etwas konkave, dichte Auflagerung, eine Art von Gelenkpfanne.

Der gleiche oder ein analoger Eingriff würde auch bei totaler Exstirpation des Humerus eine gut verwendbare Extremität gewährleisten.

Hübener (Dresden).

39) **Pupovac. Zur Technik der Nearthrosenbildung bei ankylosierten Gelenken.**

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 34.)

Auf Grund der bekannten Chlumský'schen Versuche, durch Zwischenlegen von Magnaliumplättchen die knöcherne Wiedervereinigung bei Gelenkresektionen zu verhindern, verwandte P. bei einer 24jährigen Pat. mit völliger Ankylose des Ellbogengelenks auf gonorrhoischer Basis dieses bislang nur an Tieren erprobte Verfahren.

Esmarch'sche Blutleere. Skelettierung der Ellbogengelenkskörper von einem Längsschnitte am radialen Rande der Tricepssehne. Humerus und Ulna waren knöchern, Radius und Humerus bindegewebig verbunden. Mit feinem Meißel wurde zu beiden Seiten des Olecranon die knöcherne Verbindung mit dem Humerus getrennt und der Rest durch gewaltsame Beugung gelöst. Glättung der rauhen Stellen mit dem Knochenmesser und Überkleidung der Trochlea, der Eminentia capitata und der Fossa semilunaris ulnae mit 0,2 mm dickem Magnaliumblech, das vorher an dem entsprechenden Gelenke eines Skeletts zurechtgeschnitten

war. Durch Bohrlöcher im Blech wurden die Plättchen mit Katgut an die Gelenkkörper befestigt. Fixation in rechtwinkliger Armschiene.

Nach 22 Tagen Beginn passiver Bewegungen. Wegen zu großer Schmerzhaftigkeit derselben Winkelschiene mit Scharnier und Variation der Stellung durch elastischen Zug. $1^1/_2$ Monat darauf aktive Beugung bis 79°, Streckung bis 100°. Pro- und Supination nur gering. Pat. entzog sich der Behandlung und wies 8 Monate nach der Operation denselben Zustand auf. Brisement forcé. Nachbehandlung durch Erkrankung der Pat. und dadurch bedingtes Wegbleiben nicht ausgeführt. Status wie früher, mit dem Pat. zufrieden ist.

Hübener (Dresden).

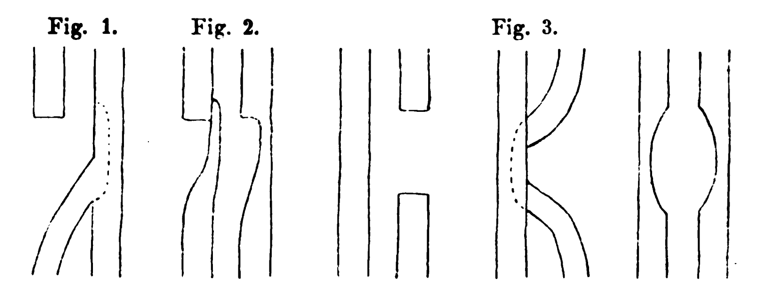
40) **J. Hertle.** Über eine neue Methode zum plastischen Ersatz von Sehnendefekten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 392.)

H., Assistent der Grazer Klinik, fand bei Operation einer veralteten Sehnenverletzung des Extensor pollicis long. eine Verwachsung des peripheren Sehnenstumpfes mit der Sehne des Extensor radialis long. (Fig. 1).

Diese Verwachsung bestehen lassend, spaltete er von der Radialissehne ein Längsfragment ab, genügend zu bequemer Vernähung mit dem zentralen Sehnenstumpf des Extensor pollicis (Fig. 2).

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.



Erzielung eines vollkommenen Erfolges. Verf. empfiehlt die Methode. die allerdings nur bei Verfügbarkeit über der verletzten parallele gesunde Nebensehnen möglich ist, auch wo die Verwachsung der verletzten Sehnenstümpfe mit der gesunden Nachbarsehne fehlt und also erst künstlich in einer vorbereitenden Operationssitzung herbeizuführen ist. Schema (Fig. 3).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) **Berdach und Herzog.** Ein Fall von traumatischer, isolierter Luxation des Metacarpus indicis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 37.)

22jähriger Bergmann erlitt die Verletzung auf folgende Weise:

Um einen 800 kg schweren Hund, der mit den Hinterrädern aus dem Geleise gesprungen war, wieder hineinzubringen, legte Pat. eine Eisenstange auf die linke Schulter, die er mit der linken Hand umfaßt hielt. Um eine größere Kraft anzuwenden, legte er die Vola der rechten Hand auf die Schiene und stemmte dieselbe nahe den Metakarpen in der Weise an die Schiene an, daß die Köpfchen derselben ohne jede Unterlage in der Luft schwebten. Als der Hund ca. 10 cm gehoben war, glitt die Eisenstange aus und fiel mit dem daraufliegenden Hunde auf die Dorsalfläche des Köpfchens des zweiten Metacarpus. (An dieser Stelle Weichteilquetschung.)

Von Fraktur nirgends etwas nachzuweisen; keine Röntgenuntersuchung. Einrichtung gelang unblutig. Dorsalschiene auf die gestreckte Hand. Völlige Gebrauchsfähigkeit der verletzten Hand nach 8 Tagen. **Hübener** (Dresden).

42) **L. Bobbio** (Turin). Un caso di estirpazione di aneurisma inguinale.

(Clinica chirurgica 1901. Nr. 9.)

45jähriger Mann, hereditär-luetisch, fiel vor 2 Jahren auf das rechte Knie, fühlt seither Schmerzen in der linken Leistenbeuge; allmählich bildet sich dort eine sehr schmerzhafte Schwellung von Eigröße aus, welche deutlich pulsiert, nach oben bis ans Lig. Pouparti reicht und sich spindelförmig nach unten verliert, beim genauen Abtasten aber oberhalb des Bandes mit einer zweiten, nußgroßen Geschwulst zusammenhängt. Exstirpation des Aneurysma und des oberen Knotens, der eine fest verwachsene Lymphdrüse ist, nach doppelter Unterbindung der Iliaca externa, einfacher der Epigastrica und Circumflexa ilei, doppelter der Femoralis, einfacher der Profunda. Heilung ohne Zwischenfall. **J. Sternberg** (Wien).

43) **Geraud.** Anévrisme de la fémorale profonde.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. T. IV. Nr. 5.)

Bei einem 47jährigen, herzleidenden Manne hatte sich unter plötzlichem Schmerze im ruhigen Sitzen eine Schwellung im rechten Oberschenkel gebildet. Dieser war bretthart, von konischer Form, während der Unterschenkel normale Verhältnisse darbot. Die Artt. tibiales pulsierten. Nach einigen Tagen stellte sich Fieber ein mit scheinbar periodischen Exacerbationen; unter plötzlich einsetzenden Erscheinungen schwerer Dyspnoë starb der Kranke.

Bei der Autopsie stellte sich heraus, daß der große Bluterguß, der im wesentlichen der Richtung der Gefäßscheide folgte und Rect. femor. und Sartor. nach oben abgehoben hatte, von einem ca. 3 cm langen, 9 mm breiten Aneurysma der Profunda femoris ausging, welches spontan geplatzt war.

Außer den Fällen von Erichsen und Bryant hat G. keinen gefunden.

Christel (Metz).

44) **Debersaques.** Sarcome englobant le nerf sciatique; résection étendue du nerf; neurorraphie; guérison.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1902. Nr. 4.)

Bei einem 48jährigen Manne hatte sich am rechten Oberschenkel zwischen M. biceps und M. semitendinosus ein kindskopfgroßes Sarkom entwickelt, das streckenweise mit dem N. ischiadicus verwachsen war. Die Geschwulst wurde exstirpiert und 12 cm aus der Kontinuität des Nerven reseziert. Die Nervenstümpfe vereinigte D. analog der Plastik bei Sehnendefekten. Er legte 7 cm vor jedem Stumpfende einen Querschnitt durch den halben Nerven, klappte die beiden Lappen um und befestigte sie durch 3 Chromkatgutnähte miteinander. Sensibilitätsstörungen traten an der Außenseite des Unterschenkels und am Fußrücken (N. peroneus superficialis) auf. Doch fanden sich schon nach 6 Tagen wieder normale Verhältnisse. Eine leichte Parese der vom N. peroneus superficialis und profundus versorgten Muskeln an der Vorder- und Außenseite des Unterschenkels blieb bestehen.

Das Sarkom war wahrscheinlich vom Perineurium des Nerven ausgegangen.

Läwen (Leipzig).

45) **V. Martin.** Über paralytische Luxationen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Verf. beschreibt ausführlich 2 Fälle von Luxatio femoris infrapubica paralytica aus dem Kinderspitale in Basel (Prof. Hagenbach).

1) Knabe. Lähmung seit 5 Jahren. Adduktion, Flexion und Extention aktiv und passiv behindert. Quadriceps, Gastrocnemius und Soleus ebenfalls paretisch. Operation nach Karewsky: 12 cm langer Schnitt von der Spina ant. sup. abwärts am medialen Rande des Tensor fasciae, quere Durchtrennung des degenerierten Rectus femoris und Sartorius, Seitwärtsschiebung des Ileopsoas und Vastus ext., Eröffnung der Gelenkkapsel und Durchtrennung eines Teiles des Lig. ileo-femorale, Abhebelung der Muskulatur vom Trochanter major (der Außenrotatoren und Ab-

duktoren) und Durchtrennung der Sehne des Glutaeus max., bis genügende Adduktions- und Innenrotationsbewegung im Hüftgelenke ermöglicht wird; schließlich Wundversorgung, Naht und Gipsverband in möglichst normaler Stellung. Der spätere Erfolg bestand in Beseitigung der Adduktionskontraktur. Auch aktive Adduktionsbewegungen waren möglich.

2) 10 Wochen alter Knabe. Lähmung seit 4 Wochen. Deutliche Luxationsstellung. Repositionsversuche erfolglos. Reduktion der Verrenkung durch Extensionsverbände, Gymnastik, Massage etc. Behandlung des Pes equinus.

Außerdem erwähnt Verf. ein Kind mit paralytischer Verrenkung des linken Oberarmes nach vorn. Auch aus der Literatur werden einige Fälle von paralytischer Luxation an verschiedenen Gelenken angeführt.

J. Riedinger (Würzburg).

46) **W. Manninger.** Über die Enderfolge der operativen Behandlung bei Coxitis tuberculosa.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 1.)

Die Arbeit bespricht 44 operirte Coxitisfälle der Kocher'schen Klinik aus den Jahren 1887—1900, berücksichtigt aber in ihren allgemeineren Ausführungen auch ältere Statistiken derselben Klinik (1872—1887), sowie solche anderer Chirurgen. In den bearbeiteten Fällen begann die Krankheit im I. Lebensdecennium in 73%, im II. in 21,6%, im III. in 5,4%; das männliche Geschlecht war in 61,5%, das weibliche in 38,5% betroffen. Für die starke Bevorzugung des I. Lebensdecenniums durch die Krankheit ist M. geneigt, den Gehakt als ätiologisch wichtig anzusehen, da die mit ihm verbundene Belastung gleichsam als eine Art Trauma auf das Gelenk wirkt. Anatomisch fand sich bei den Operationen ein primärer Knochenherd in 50% der Fälle, und zwar seinem Sitze nach in abnehmender Häufigkeit in der Pfanne, dem Kopfe, dem Halse, in Pfanne und Kopf. In den früheren Statistiken aus Kocher's Klinik war die Prozentzahl der primären Knochenherde größer, nämlich 74 bezw. 70%. Sequesterbildungen fanden sich in 22,7%. Dem entgegen hat Riedel bekanntlich angenommen, daß sich in ca. 70% tuberkulöse Sequester fänden. Zur Erklärung der geringen Sequesterzahl bei Kocher betont M., daß die Kocher'schen Fälle durchschnittlich erst nach $2^3/_4$jähriger Krankheitsdauer operiert wurden, und daß während des vermutlich die ursprünglich vorhanden gewesenen Sequester durch die Granulationen aufgezehrt seien. Bei den pathologischen Veränderungen der Synovialis war die granulöse Form die häufigste (in 50% beobachtet, während in 24% die fungös-eitrige notiert und in 15% gar nichts hierüber bemerkt ist).

Betreffs der Operationstechnik wurde durchgehends der hier als bekannt vorausgesetzte Kocher'sche Schnitt benutzt. Stets sorgsame Exstirpation der fungösen Weichteile, während am Knochen tunlichst gespart und nur das wirklich Kranke geopfert wurde, höchstens daß, falls nach Resektion des Halses der große Trochanter ein Abduktionshindernis bildete, auch von diesem ein entsprechendes Stück abgenommen wurde. Wundversorgung wechselnd, je nach Umständen primäre oder sekundäre Naht oder völlig offene Wundbehandlung. Nachbehandlung: wochenlange Extension in abduzierter Stellung. Die Wundheilung trat per I in 61,3%, per II in 22,7% der Fälle ein, in 16% fehlt diesbezügliche Notiz. Die Spitalentlassung der Kranken fand durchschnittlich 102 Tage nach der Operation statt. Sie konnten dann mit Stock oder Krücken gehen. Zur Feststellung der Endresultate sind 41 Fälle brauchbar, vom Verf. größtenteils selbst nachuntersucht, auch wohl skiagraphiert. Von diesen Fällen sind gut ohne Fisteln geheilt 16 = 41,02%, geheilt nach Fisteleiterung oder Nachoperation 7 = 17,07%, gutes Allgemeinbefinden trotz ab und zu vorhandener leichter Fisteleiterung zeigen 4 = 9,75%; Summa »gutes Resultat« in 65,84%. Es besteht profuse Eiterung oder schlechtes Allgemeinbefinden bei 5 Behandelten = 11,195%, gestorben sind 9 = 21,95%; Summa »schlechtes Resultat« 34,15%. Von den Todesfällen erfolgte einer an Operationsfolgen, und zwar an Fettembolie der Lungen 16 Tage nach der Operation. 2 Pat. † an Meningitis 3 und 4 Monate nach der Operation, 1 an Miliar-

tuberkulose 5 Monate danach, 4 Kranke 1—10 Jahre nach der Operation, so daß letztere keinenfalls mehr mit dem Tode in Zusammenhang gebracht werden kann, an verschiedenen Krankheiten. Der Allgemeinzustand der ausgeheilten Kranken ist meist ein recht guter, ihr Aussehen ein blühendes, auch ihr Lungenbefund normal, Tatsachen, die auch in den Statistiken anderer Anstalten hervortreten und wohl damit zusammenhängen, daß die Coxitis häufig die einzige tuberkulöse Affektion ihres Trägers darstellt. Ungleich günstiger sind die funktionellen Ergebnisse, da Beinverkürzung und häufig nachfolgende Kontrakturen Hinken verschiedenen Grades bewirken. Auch die Atrophie der Muskulatur und ungenügendes Knochenwachstum der kranken Seite kommen in Betracht. Letzteres ist namentlich durch Röntgenbilder nachweisbar, die insbesondere auch ein Kleinerbleiben der betr. Beckenhälfte ersehen lassen. Dessenungeachtet war aber feststellbar, daß fast alle Kranken gut ihrer Arbeit nachkommen können.

Aus dem Vergleiche mit anderen Statistiken folgert M., daß für die Hüftresektion der Prozentsatz der Dauerheilung von 34% während der vorantiseptischen und antiseptischen Zeit sich für die aseptische Zeit auf 65,8% gehoben, und daß die Gesamtsterblichkeit der Operation sich von 54,31% auf 17,4% gemindert hat. Er vergleicht mit diesen Resultaten der operativen Behandlung die der modernen konservativ-orthopädischen Behandlung, die bekanntlich in letzter Zeit die Resektion vielerorts verdrängte. M. findet für dieselbe bei eitrigen Fällen 27,1% Heilung und 48,8% Sterblichkeit, bei nicht eitrigen Fällen 74,2% Heilung und 16,5% Mortalität. Danach gibt die Operation für eitrige Fälle entschieden bessere und für nicht eitrige Fälle nicht viel schlechtere Resultate als die konservative Behandlung. Bei Erörterung der Operations-Indikationsfrage schlägt M. vor, die konservative Behandlung mehr bei besser situierten Pat. anzuwenden, bei denen Zeit und das für die nötigen Bandagen so erforderliche Geld weniger in Frage kommt, dagegen bei ärmeren Kranken frühzeitiger zu resezieren. Fälle mit Spontanverrenkungen bezw. Pfannenwanderung und fistulösen Prozessen sind stets zu resezieren.

Zu erwähnen ist noch, daß die Röntgenuntersuchung tuberkulöser Hüften vor und nach der Resektion eingehend erörtert wird (cf. Original), und daß zur Verdeutlichung der Beschreibung 12 Aufnahmen vorliegen, die indes nur zum kleineren Teile nach Wunsch ausgefallen sind. Die Durchsicht der in Tabellenform mitgeteilten Krankengeschichten sowie des zum Schluß beigefügten, fast 2 Seiten einnehmenden Literaturverzeichnisses ist recht instruktiv.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) **Magnus.** Der operative Ersatz des gelähmten Quadriceps femoris. (Aus der orthopäd. Heilanstalt des Dr. A. Schanz in Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 41.)

M. berichtet über 4 von Schanz mit bestem Erfolge operierte Fälle von Ersatz des gelähmten Quadriceps. Die angewandte Methode war folgender Art: 15 cm langer Hautschnitt an der Vorderseite des Oberschenkels in der Medianlinie vom oberen Rande der Kniescheibe nach oben und ebensolcher Schnitt an der Hinterseite durch die Mitte der Kniekehle nach oben bis zur Mitte des Oberschenkels; Freilegung des M. sartorius und M. biceps (im 4. Falle des M. tensor fasciae), Abtrennung von ihrer Insertion, Isolierung bis auf ca. 1/3 ihrer Länge, Hindurchführung derselben nach vorn durch mittels Elevatorium vom vorderen Schnitt aus außen und innen gebildetem Schlitze. Die freien Enden werden sodann in Spalten, die am Ansatze der Quadricepssehne an der Kniescheibe hergestellt werden, hindurchgezogen, und unter straffem Anziehen so zurückgeschlagen, daß je eine Schlinge gebildet wird, welche durch Silber- oder Aluminiumbronzenähte fixiert wird; Hautnaht etc., Gipsverband um Bein und Becken. — Die betr. Kinder durften nach 3 Wochen in letzterem Verbande umhergehen, der nach weiteren 3 Wochen entfernt wurde; danach Massage, gymnastische Übungen. Sehr gute aktive Streckfähigkeit des Beines in allen 4 Fällen. **Kramer** (Glogau).

48) **O. Vulpius.** Zur Sehnenüberpflanzung bei spinaler Kinderlähmung.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. XXII.)

Verf. berichtet über 2 Pat., welche er auf dem letzten Kongresse der südwestdeutschen Neurologen in Baden-Baden vorstellte.

1) 9 Jahre alter Knabe. Lähmung des Quadriceps und Biceps femoris. Verpflanzung des Semimembranosus auf die Quadricepssehne und die Kniescheibe. Nach 3 Wochen suprakondyläre Osteotomie wegen Genu valgum, welches sich trotz Lähmung des lateralen Muskels ausgebildet hatte.

2) $6^1/_2$ Jahre alter Knabe. Lähmung beider Beine mit starken Kontrakturen. Operationen am linken Beine: Plastische Verlängerung der Achillessehne und Überpflanzung des Extensor hallucis auf die Sehne des gelähmten Tibialis anticus, sowie des Peroneus longus auf den Extensor digitorum links; Arthrodese am Kniegelenke und Verlagerung des Biceps nach vorn an die Tibia; Durchschneidung des Rektus, Tensor fasciae und Sartorius und subtrochantere Osteotomie.

Operationen am rechten Beine: Behandlung der Kontrakturen des Sprung- und Hüftgelenkes wie links; Verpflanzung des Biceps, Semitendinosus, Semimembranosus und Sartorius nach vorn an den medialen und lateralen Rand der Kniescheibe.

Der Erfolg war in beiden Fällen ein guter. **J. Riedinger** (Würzburg).

49) **O. Schmidt.** Ein Fall von kongenitalem Defekt der Fibula rechts, verbunden mit kongenitaler Luxation des Talus links.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Der Fall betrifft einen 6 Jahre alten Knaben, der in der Privatklinik von Köhler in Zwickau beobachtet und operiert wurde. Am rechten Beine fand sich eine leichte Beugestellung im Kniegelenke, Verkürzung und Atrophie der ganzen Extremität, Defekt der Fibula, extreme Pes valgus-Stellung, Defekt und mangelhafte Entwicklung von Fußwurzelknochen (Randdefekt), ferner Hallux varus. Links war nachzuweisen Genu valgum, unvollständige Ossifikation der Fibula im oberen Abschnitte, Verrenkung des Talus nach innen bei starker Pronationsstellung des Fußes, Defekt von Tarsal- und lateralen Metatarsalknochen und Zehen, sowie Schwimmhautbildung. An der rechten Hand fehlt der 4. Finger mit Metakarpus; der 2. und 3. Finger sind verwachsen. Das Kind zeigte außerdem Zeichen von Rachitis.

Am rechten Fuße wurde die Varusstellung des Hallux durch Resektion im Grundgelenke, manuelle Redression und Anlegung eines Gipsverbandes beseitigt. Am linken Fuße wurde die Achillessehne tenotomiert und nach manueller Redression der Plattfußstellung ebenfalls ein Gipsverband angelegt. Auch die Syndaktylie wurde operiert. Der Erfolg war überall ein guter.

Ätiologisch wurden Druckeinwirkung im Fötalleben und sekundäre Störung der ganzen Knochenentwicklung in Betracht gezogen.

J. Riedinger (Würzburg).

50) **B. J. Wenglowski.** Über die Operation von Wladimirow-Mikulicz.

(Chirurgie 1902. Juli. [Russisch.])

3 Fälle, alle mit gutem funktionellem Resultat, obgleich keine knöcherne Vereinigung eintrat, wie die Röntgenbilder zeigten. Im ganzen ist die Operation in Rußland 32mal ausgeführt worden; 22mal wegen Tuberkulose mit 18 guten Ausgängen (81,8%), 3mal wegen Fersengeschwür (alle gut), 3mal wegen Fraktur 1 gutes Resultat) und 3mal wegen Neubildungen (2mal gut). Von einem Falle sind die Details nicht angegeben. **Gückel** (Kondal, Saratow).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. **Sonnabend, den 31. Januar.** **1903.**

Zur Behandlung der Frakturen.

Von

Medizinalrat Dr. **Borchard,**
dirig. Arzt der chirurgischen Abteilung des Diakonissenhauses in Posen.

Unser Ziel bei der Behandlung der Frakturen muß sein, in möglichst kurzer Zeit auf die einfachste Weise ein gebrauchsfähiges Glied in seiner normalen Form und Gestalt wieder herzustellen. Das letztere wird durch die Anwendung des Gipsverbandes in vollkommener Weise erreicht, aber bei seiner schematischen Anwendung ist keine Rücksicht genommen auf die Abmagerung der Muskeln und die Behinderung der Beweglichkeit der Gelenke. Die Gehver-

bände suchen einerseits die Bettruhe auf das allermindeste Maß zu beschränken, andererseits auch die Abmagerung der Muskeln nach Möglichkeit hintanzuhalten. Der Nachteil ist aber, daß man sie in der Privatpraxis nicht gut anwenden kann, und daß ferner die Beweglichkeit der Gelenke auch bei ihnen nicht unbeträchtlich leidet. Die Extensionsverbände verhindern wohl das letztere nach Möglichkeit, aber sie nehmen zu wenig Rücksicht auf die Abmagerung der Muskulatur. Diese verschiedenen Schattenseiten der einzelnen Methoden haben es noch immer nicht zu einer Einigung in der Frakturbehandlung kommen lassen. Im folgenden möchte ich eine Methode der Behandlung der Knochenbrüche den Fachgenossen empfehlen, die keinen Anspruch darauf machen soll, irgend etwas Neues zu bringen, die mir aber in den letzten Jahren bei meinem ziemlich reichhaltigen Frakturenmaterial gute Dienste geleistet hat.

Wenn man sich den Vorgang der Heilung eines Knochenbruches vergegenwärtigt, so ist er im wesentlichen folgender: Schon am 2. Tage beginnt in der Umgebung der Bruchstelle eine Schwellung und Durchfeuchtung des Gewebes. Das Periost beginnt lebhaft zu wuchern, und ungefähr am 10. Tage hat sich eine weiche, gallertartige Masse gebildet, welche gleich einem Ringe die Bruchstelle umgibt. Wir haben es bis zum 10. oder 14. Tage mit keiner Verknöcherung zu tun, und es ist uns bis zu diesem Termine freigestellt, eine gute und vollständige Korrektion der Stellung vorzunehmen ohne größere Schwierigkeiten, wie gleich nach der Verletzung. Vom 12.—14. Tage an beginnt die eigentliche Bildung des Callus, der am 24.—28. Tage unter normalen Verhältnissen eine solche Festigkeit erlangt hat, daß nun die Bruchenden unverrückbar nebeneinander liegen bleiben, wenn nicht eine forzierte Einwirkung stattfindet. Die uns sichtbaren Veränderungen des verletzten Gliedes sind — abgesehen von den Erscheinungen des Knochenbruches — so, daß einige Stunden nach der Verletzung die Schwellung des Gliedes beginnt, in den nächsten Tagen zunimmt, sich bis zum 5. oder 6. Tage auf einer gewissen Höhe hält und dann allmählich schwindet, so daß man am 10.—14. Tage etwa wieder annähernd normale Konturen des betreffenden Gliedes hat. Es fällt somit die Zeit des Beginnes der Callusbildung mit der Abschwellung zusammen.

Unter Berücksichtigung dieser Umstände gehe ich bei der Behandlung der Frakturen, besonders der Unterschenkel-, Ober- und Unterarmfrakturen (die Oberschenkelfrakturen behandle ich mit Extension) so vor, daß ich, sobald der Pat. in meine Behandlung kommt, das möglichst gut reponierte Glied in eine Schiene lagere (am Unterschenkel Volkmann'sche Schiene, am Arm Gipshanfschiene) unter Ruhigstellung der beiden benachbarten Gelenke. Um die Bruchstelle wird ein Prießnitzumschlag gelegt. Schon am nächsten Tage beginne ich mit der Massage, die anfangs, solange noch eine erhebliche Schmerzhaftigkeit vorhanden ist, nur als sogenannte Einleitungsmassage verwandt wird und sich auf die Effleurage der zentral

gelegenen Partien bis über das nächste Gelenk hinaus beschränkt. Hat die Schmerzhaftigkeit nachgelassen — und es ist auffallend, wie schnell unter der Massage die Schmerzen schwinden —, so wird auch die Frakturstelle mit in den Bereich der Massage hineingezogen. Während bei der Einleitungsmassage das Glied in der Volkmannschen Schiene bleibt, wird, sobald die Bruchstelle mit in Angriff genommen werden kann, das Glied aus der betreffenden Schiene genommen, gut gehalten und nun das Streichen und ein vorsichtiges Reiben der Bruchstelle begonnen. Nach jeder Sitzung werden die benachbarten Gelenke etwas bewegt und dann wiederum ein Prießnitzumschlag umgelegt. Bei der Massage der zentralwärts gelegenen Teile kann man das Glied auf der Schiene lassen, bis man zur Massage der Bruchstelle selbst übergeht. Bei Ober- und Unterarmfrakturen muß man natürlich immer die Schiene entfernen, aber auch hier sind die Schmerzen beim geschickten Halten keine nennenswerten. Es ist natürlich, daß die Massage recht schonend und auch von geübten Händen, d. h. vom Arzte selbst vorgenommen werden muß. Durch diese frühzeitige Massage gelingt es, einmal die Schwellung schnell zu beseitigen, dann aber auch wirkt sie entschieden bei richtiger Anwendung schmerzlindernd, und drittens arbeitet man der Atrophie der Muskeln in der wirksamsten Weise entgegen. Nicht zu unterschätzen ist es, daß die Gelenke jedesmal passiv bewegt werden. Von der Anwendung der Eisblasen bin ich abgekommen, da sie der Resorption eher hinderlich ist. Am 12. Tage etwa wird der Gipsverband angelegt, nachdem event. in Narkose die Bruchenden genau aneinander gestellt sind. Die Kontrolle der guten Reposition ist äußerst leicht, da keine Schwellung dieselbe mehr hindert, und da man selbst nach angelegtem Gipsverbande, den ich über einen einfachen Trikotschlauch mache, genau die Stellung kontrollieren kann. Dieser Gipsverband bleibt bis zum 26. Tage etwa liegen, wird dann in der Mitte aufgeschnitten, und jetzt wird wieder mit Massage und Mobilisation der Gelenke begonnen. Die Steifigkeit der letzteren ist keine sehr große, und es gelingt schon nach einigen Tagen die normale Beweglichkeit wieder herbeizuführen, falls dieselbe nicht schon gleich nach Abnahme des Gipsverbandes vorhanden war, wie ich es oft gesehen habe. Ist kein Federn der Bruchenden mehr vorhanden, dann stehen die Pat. auf und können meistens nach einigen Versuchen mit Hilfe eines Stockes gehen.

Es ist bemerkenswert, wie gering die nach den ersten Gehversuchen eintretenden Schwellungen sind, und auch späterhin habe ich das oft so lästige Ödem kaum oder nur in ganz geringem Maße gesehen. Es ist dies besonders auf die gleich nach der Verletzung einsetzende Massagebehandlung zu schieben, die es nicht zuläßt, daß weitergehende kapillare Gerinnungen entstehen, die von vornherein die Resorption des Ergusses befördert und die großen wie die kleinen Bahnen freihält. Die Atrophie der Muskeln ist eine relativ geringe. Wenn die Pat. in der 5. Woche aufstehen, so ist die Gebrauchs-

fähigkeit Ende derselben oder in der 6. Woche eine so gute, daß der Entlassung kein Hindernis entgegensteht und eine weitere Nachbehandlung nicht mehr nötig ist. Wie sehr dies gerade in unserer Zeit der Unfallverletzten von Wichtigkeit ist, brauche ich nicht erst zu betonen.

Die Behandlung der Ober- und Unterarmfrakturen ist im großen und ganzen dieselbe, mit der Ausnahme, daß ich hier gleich vom ersten Tage an eine Gipshanfschiene anlege, die während der Massage in den ersten 12 Tagen jedesmal abgenommen wird. Am 12. Tage mache ich auf den abgeschwollenen Arm entweder eine neue, genau sitzende Gipshanfschiene oder lege bei Unterarmfrakturen einen circulären Verband an, der ebenfalls bis zum 26. Tage liegen bleibt.

Die Frakturen des Radius behandle ich so, daß ich nach sofortiger Reposition den von Storp angegebenen Verband anlege, sofern nicht die Bruchenden große Neigung zur Verschiebung zeigen. Im letzteren Falle lege ich eine Schiene an und behandle die Brüche in der oben erwähnten Weise. Im ersteren Falle wird der Unterarm zentral von dem kleinen Verbande täglich massiert und die Finger sowie das Handgelenk bewegt.

Mein Prinzip bei der Behandlung der in Rede stehenden Fraktur ist somit in Kürze folgendes: Massage gleich vom Tage der Verletzung an, daneben Lagerung auf eine Schiene und Prießnitzumschläge, Immobilisation der Bruchenden in exakter Stellung nach Abnahme der Schwellung des Gliedes vom Beginn der Callusbildung an bis eine Konsolidation erreicht ist, die eine Verschiebung der Bruchenden ohne brüske Gewalt nicht mehr zuläßt (also etwa bis zum 26. Tage), dann wieder Massage und Mobilisation der Gelenke bis zur völlig festen Vereinigung, und dann ausgiebiger Gebrauch des verletzten Gliedes. Die Vorteile sind das Vermeiden der Gelenksteifigkeit, der Atrophie der Muskeln und des späteren Ödems bei Wiederherstellung der normalen Gestalt des betreffenden Gliedes.

---

1) **M. Borst** (Würzburg). Die Lehre von den Geschwülsten. Mit einem mikroskopischen Atlas.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1902. 2 Bände. 63 Tafeln m. 296 farb. Abbild.

Fast 4 Jahrzehnte sind verflossen, seit Virchow sein Buch »Die krankhaften Geschwülste« geschrieben hat mit vollendeter stilistischer Meisterschaft und reich an neuen und zum großen Teil heute noch unanfechtbaren Ergebnissen vertieftester Forschung. Wie groß auch die kasuistische Literatur und wie zahlreich die Ergebnisse der onkologischen Einzelforschung seitdem gewesen sind, gegenüber Virchow's überragendem Werke hat noch niemand es gewagt, das Riesengebiet der Geschwulstlehre zusammenfassend zu behandeln. Um die Zeit nun, da der Altmeister die Augen für immer schloß, bringt uns B. ein Werk, dessen große Anlage, dessen schöne Darstellung, dessen ebenfalls durchweg aus Eigenstudien erwachsene

Ergebnisse den Vergleich mit Virchow's Arbeit naturgemäß herausfordern. Mag diese zu ihrer Zeit grundstürzender gewesen sein, so original und von einer Fernwirkung, daß wir allesamt heute noch im Banne der Virchow'schen Lehren — und wohl auf lange noch! — stehen, B. hat zweifellos mit seinem umfangreichen Buche einem weitverbreiteten Wunsche entsprochen und gewiß nicht zum wenigsten demjenigen der praktischen Chirurgen. Sie werden es als einen überaus gewissenhaften Berater in allen mehr theoretischen, histopathologischen und pathologisch-anatomischen Fragen und — dank dem großen, wohlgeordneten Literaturverzeichnisse — bei der wissenschaftlichen Bearbeitung spezieller Fragen als neueres, überaus willkommenes Hilfsmittel benutzen.

Daß das Buch von einem fleißigen Forscher und gründlichen Kenner der Geschwülste geschrieben ist, davon reden die zahlreichen und auf Tafeln vortrefflich ausgeführten Bilder eigener Präparate, auf die im Texte in einer sehr geschickten Weise Bezug genommen wird. An der Hand der gegenüberstehenden Erläuterung sind sie auch ohne Nachschlagen des Textes studierbar; sie sind nach Schnitten gezeichnet, die mit den üblichsten und einfachsten Färbemitteln behandelt sind, ein Vorgang, der sehr nachahmenswert ist. Übersichtsbilder und solche bei stärkerer Vergrößerung sind zweckmäßig nebeneinander gestellt. Dem Chirurgen würden vielleicht auch noch einige makroskopische Bilder, den Sitz einer Geschwulst im Organe darstellend, für deren Operabilität von Bedeutung, wünschenswert erscheinen. Auch hätte sich im allgemeinen Teile ein Kapitel über die sog. »Stückchendiagnose« empfohlen, da erfahrungsgemäß oft der Operateur vom mikroskopischen Untersucher mehr erwartet als im Bereiche der Möglichkeit liegt und andererseits dieser mit den Daten des Übersenders, des Laryngologen, des Gynäkologen etc. oft nicht zufrieden sein kann. Doch an ein umfassendes Werk wie dieses werden von so verschiedenen Seiten besondere Anforderungen gestellt, die bei gleichmäßiger Behandlung aller Teile des umfangreichen Stoffes nicht alle befriedigt werden können.

Den Vorteil wird hoffentlich die B.'sche Arbeit haben, daß auch die »Spezialisten«, wenn sie es lesen, eine größere Einheitlichkeit in der Namengebung und in der technischen Behandlung und Beschreibung der Geschwülste sich werden angelegen sein lassen. Virchow's Onkologie liegt den »Modernen« oft allzu fern, für sie war oft nur die Spezialliteratur maßgeblich. Nun finden sie die wesentlichste Literatur mit seltenem Fleiße zusammengestellt und mit stilistischer Meisterschaft und Objektivität die zahlreichen onkologischen Streitfragen geschildert, und das nicht ohne jeweilige Heraushebung der eigenen Anschauung des Verf. Auch wo er sich ablehnend gegen eine neuere Theorie, wie z. B. gegen die parasitäre Ätiologie des Karzinoms, verhält, geschieht dies in gerechter Würdigung der einschlägigen Arbeiten und in vornehmer, wissenschaftlicher Form.

Der erste, allgemeine, Teil behandelt in fließender, leicht faßlicher Darstellung die dem Praktiker weniger geläufige Literatur über die Definition der echten Geschwülste und über die Frage der Veränderung des Zellcharakters (Anaplasie, Kataplasie, Metaplasie), über Entstehung, Wachstum und Verbreitungsweise der Geschwülste (96 Seiten).

Im speziellen Teile, welcher die einzelnen Geschwulstarten einschließlich Karzinom, welches Virchow bekanntlich unerörtert gelassen hatte, umfaßt, behandelt B. zuerst die eigentlichen »Bindesubstanzgeschwülste mit vollkommener Gewebsreife«, die sog. gutartigen Bindesubstanzgeschwülste: Fibrom, Myxom, Lipom, Chondrom, Osteom, Angiom; aber auch das Myom, Neurom, Gliom; demnächst die endothelialen, Lymphangio-, Hämangio-Endotheliom und Peritheliom, Cylindrom, Psammom, Cholesteatom.

Dann folgen die Bindesubstanzgeschwülste mit unvollkommener Gewebsreife (Sarkome), ferner die epithelialen Geschwülste. Hier unterscheidet B. die ausgereiften Formen (fibroepitheliale) und die unausgereiften Formen, die Karzinome. Ihnen fügt er anhangsweise an die Nebennieren- und die Choriongeschwulst. Den Schluß bilden die Mischgeschwülste, bei denen naturgemäß die schöne Arbeit von Wilms vielfache Berücksichtigung findet.

Auf Einzelheiten des über 1000 Seiten starken Buches läßt sich hier naturgemäß nicht eingehen, aber hingewiesen soll noch sein auf einzelne, den Chirurgen besonders interessierende Kapitel, so über die Rezidiventwicklung, über die bösartige Entartung von Geschwülsten, über den Zusammenhang von Trauma und Geschwulstbildung und über die Entstehung von Geschwülsten überhaupt, die in dem Satze gipfelt: »Wir kommen zu der Meinung, daß wahrscheinlich eine angeborene pathologische Qualität der Zellen und Gewebe die Grundlage jeder echten Geschwulstbildung ist. Die irritativen Einwirkungen müssen ein primär eigenartiges Gewebe treffen, wenn die Folge der Einwirkung eine Geschwulstbildung sein soll.«

B. hat den Riesenstoff mit großer Objektivität und, in den bildlichen Beigaben von einem technisch auf der Höhe der Zeit stehenden Verleger unterstützt, in erschöpfender Weise behandelt. Seine Arbeit wird auf alle Forscher auf diesem interessanten Gebiete sammelnd und anregend wirken auf lange Zeit hinaus.

P. Stolper (Breslau).

---

2) **L. Burckhardt.** Sarkome und Endotheliome nach ihrem pathologisch-anatomischen und klinischen Verhalten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Der Arbeit liegen eingehende Untersuchungen von 93 bösartigen Geschwülsten der Bindegewebsreihe zu Grunde. Dieselben entstammen zum größten Teil dem Operationsmateriale der chirurgischen Klinik in Würzburg. Das Hauptaugenmerk richtet Verf.

auf die Streitfragen, welche noch, besonders zwischen Klinikern und Pathologen, bezüglich der Trennung von Sarkom und Endotheliom herrschen und glaubt, zur Lösung derselben einen Beitrag geliefert zu haben.

Den zusammenfassenden Schlußbetrachtungen über die gewonnenen Resultate entnehme ich folgende wichtigste Punkte:

Das Sarkom geht von verschiedenerlei Zellen aus, die aber ihre Gleichwertigkeit und Gleichartigkeit darin äußern, daß sie alle imstande sind, Bindegewebsbildner zu werden; das sind außer den Zellen des faserigen Bindegewebes die Endothelien der Lymphwege und die Endothelien und Perithelien bezw. Adventitialzellen der Blutgefäße. Das Sarkom entsteht gewöhnlich aus zwei oder mehr dieser Zellarten zugleich.

Alle Sarkome sind mehr oder weniger eigentlich Endotheliome. Der Name Endotheliom, der der Histogenese der Sarkome zwar zum größten Teil, aber doch nicht ganz gerecht wird, ist am besten gänzlich fallen zu lassen.

Die histogenetisch eine große gleichwertige und einheitliche Geschwulstgattung bildenden Sarkome können zwar morphologisch ihrer Struktur nach außerordentlich voneinander abweichen. Hinsichtlich ihrer klinischen Eigentümlichkeiten bilden sie aber analog ihrer histologischen Zusammengehörigkeit eine einheitliche und gleichwertige Geschwulstgruppe. Der Name Endotheliom hat daher auch klinisch keine Berechtigung.

Der Arbeit sind eine große Anzahl übersichtlicher mikroskopischer Abbildungen beigegeben. **Blauel** (Tübingen).

---

3) **G. Friedländer.** Kreislaufverhältnisse und lokale Tuberkulose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

Verf. suchte der Frage experimentell näher zu treten, warum beim Eindringen von schwach virulenten Tuberkelbazillen in die Blutbahn gerade bestimmte Gebiete resp. Organe und Organteile tuberkulös erkranken, also eine Prädisposition für die hämatogene tuberkulöse Erkrankung besitzen, andere nicht. Die Technik der Versuche war folgende: 2—3 Platinösen einer 1 Jahr alten Rindertuberkulose wurden mit einer mäßigen Menge von Lykopodium verrieben und hierzu sterile physiologische Kochsalzlösung gesetzt. Dann wurde die Femoralis bei ihrem Übergange in die Poplitea aufgesucht und die mit der Suspension gefüllte Pravaz'sche Spritze schräg durch die Gefäßwand proximalwärts eingestochen und so die Injektion ausgeführt. Nach Herausziehen der Kanüle wurde die Gefäßwand seitlich abgebunden. Als Versuchstiere dienten Ziegen. Aus den Experimenten ist ersichtlich, daß durch die embolischen Vorgänge gerade diejenigen Gewebe im Gefäßgebiete der Art. femoralis erkrankt sind, welche auch unter natürlichen Verhältnissen eine

Prädisposition für tuberkulöse Erkrankung besitzen. Physiologisch sind die Gefäßbezirke der lokalen Tuberkulose durch eine besonders langsame, fast bis zur Stase gehende Kapillargeschwindigkeit und durch eine geringe Gefäßdichte charakterisiert. So kennzeichnet sich die Disposition als abhängig von lokalen Verhältnissen des Kreislaufes, indem spärlicher Blutzufluß unter geringem Drucke, mangelnde Vis a tergo oder verlangsamter Abfluß oder beides zur Stagnation der Bazillen in unversehrten Gefäßen und zur Ansiedlung im Gewebe führen.

Was die Therapie der Tuberkulose betrifft, so glaubt F. nicht, daß es möglich sei, das letzte Bißchen tuberkulöser Krankheitsherde zu exstirpieren; seiner Ansicht nach spielt bei den Resektionen die Kallusbildung als heilendes Moment eine wesentliche Rolle. Dieselbe geht mit Neubildung von Gefäßen einher, die die lokalen Kreislaufverhältnisse verändert und für die Ausheilung des chronisch entzündlichen Prozesses günstigere Verhältnisse schafft.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

4) **G. Benninghoff.** Surgical tuberculosis.

(Buffalo med. journ. 1902. November.)

Verf. hat als lokales Antiseptikum und als antituberkulöses Mittel in zahlreichen Fällen rohes Pennsylvaniapetroleum benutzt, und zwar zur Injektion in die Gewebe, z. B. in tuberkulöse Gelenke, zur Wundspülung und Drainage mit petroleumgetränkter Gaze und zur Händedesinfektion nach vorheriger Heißwasser-Seifenreinigung. Nach der Injektion in Gelenke erfolgt starke Reaktion, die nach einer Woche wieder geschwunden ist. Die Erfolge waren meist sehr gut, so z. B. in einem Falle von Karies der Wirbelsäule, bei welchem nach Entfernung tuberkulöser Knochenpartien aus der Umgebung des Wirbelkanales die gesamte Wundhöhle mit Petroleum gefüllt wurde, vernäht wurde und per primam sich schloß.

Mohr (Bielefeld).

---

5) **E. v. Düring-Pascha.** Studien über endemische und hereditäre Syphilis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXI. p. 3 u. 357.)

Es ist nicht möglich, hier die sehr interessanten Erfahrungen, die Verf. auf seinen Reisen in Kleinasien gemacht hat, im einzelnen wiederzugeben; jeder, der sich für die allgemeine und spezielle Pathologie der Syphilis interessiert, wird das Original lesen müssen. Hier sei nur hingewiesen auf die außerordentlich große Häufigkeit der »Syphilis insontium« in vielen kleinasiatischen Dörfern, welche durch die Syphilis geradezu zugrunde gerichtet werden, auf v. D.'s Betrachtungen über die Häufigkeit der tertiären Syphilis und deren Gründe — unter den letzteren spielen neben der mangelnden Behandlung die ungünstigen Ernährungsverhältnisse eine sehr wesentliche Rolle. Neben der Hautsyphilis ist die der Schleimhäute, speziell auch der Zunge ungemein häufig (»Syphilis und Reizung«).

Tabes fehlt fast ganz; Verf. hat sich von der ätiologischen Bedeutung der Syphilis für die sog. parasyphilitischen Nervenerkrankungen nicht überzeugen können. In Bezug auf die hereditäre Syphilis tritt v. D. für das Vorkommen der Syphilis par conception, des Choc en retour, aber auch der Syphilis hereditaria tarda und des Tertiarismus d'emblée ein. Das Profeta'sche Gesetz hat weder in dem eigentlichen noch in dem fälschlich erweiterten Sinne eine irgendwie wesentliche Bedeutung. In Bezug auf die hereditäre Übertragung der Syphilis auf die 3. Generation äußert sich der Verf. skeptisch. Er will — trotz der vereinzelten Ausnahmen vom Colles'schen Gesetz — die gesunden Mütter hereditär-syphilitischer Kinder diese stillen lassen, aber auch die syphilitischen Mütter ihre anscheinend gesunden Kinder (ausgenommen die postkonceptionell infizierten Frauen). Die Kontagiosität der hereditären Syphilis ist er geneigt für eine verminderte zu halten. Alle diese Punkte sind natürlich, wie immer, so auch jetzt noch einer sehr eingehenden Diskussion auf Grund immer neuen Materials bedürftig.

Wie mir scheint völlig mit Recht wendet sich v. D. gegen die eigentümliche Art, wie die französischen Syphilidologen jetzt den »dystrophischen« Einfluß der Syphilis festzustellen versuchen. Klinisch ist die Häufigkeit der Gelenkerkrankungen (peri- und parasynoviale gummöse Prozesse) bei den Hereditär-syphilitischen, die Seltenheit der Hutchinson'schen Zähne, die der Verf. für unbedingt beweisend für Syphilis hält, die Seltenheit der Keratitis interstitialis und die Häufigkeit einer sklerosierenden Glossitis, die durchaus diffus ist und sich auch sonst von der acquirierten unterscheidet, endlich der Infantilismus hervorzuheben. **Jadassohn** (Bern).

---

6) **Jeanselme.** La syphilis dans la péninsule Indo-Chinoise.

(Annal. de dermatolog. et de syphiligr. 1901. Hft. 10.)

Die Syphilis ist in Indo-China unter den Eingeborenen stark verbreitet, besonders in den Verkehrszentren. Extragenitale Infektion ist sehr häufig, bedingt durch unhygienische Sitten und Gebräuche. Der Primäraffekt wird selten beobachtet, die sekundären Symptome sind wenig sichtbar, Schleimhautplaques äußerst selten, vielleicht bedingt durch den guten Zustand der Zähne der Eingeborenen und die Gewohnheit, sich nach jeder Mahlzeit den Mund mit heißem Thee auszuspülen und Betel mit ungelöschtem Kalk zu kauen. Am häufigsten beobachtet man die Syphilis maligna praecox mit ausgebreiteter Beteiligung der Haut, Ozaena, Dolores osteocopi, Hyperostosen, Gelenkergüssen. Die tertiäre Form befällt fast ausschließlich Haut und Knochen. Die Extremitäten sind oft in ganzer Ausbreitung von tubero-serpiginösen Syphiliden befallen. Knochenauftreibungen, Mutilationen, elephantiastische Verdickungen an den Unterschenkeln sind häufig und führen durch Zerstörungen der Haut und des Skeletts zu ausgedehnten narbigen Veränderungen. Direkte

Todesursache ist die Syphilis aber selten, weil sie fast nie die Schleimhäute und Eingeweide befällt. Tabes und Paralyse hat Verf. bei den Eingeborenen nie beobachtet. Die hereditäre Syphilis ist häufig und befällt ebenfalls hauptsächlich die Haut und die Knochen. Die Hutchinson'sche Trias hat Verf. nie vollständig mit allen drei Symptomen finden können. Rachitis kommt nicht vor.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: das Ulcus phagedaenicum, die Lepra und der Piau, deren Differenzen vom Verf. besprochen werden.

Als Heilmittel verwenden die Eingeborenen Zinnoberräucherungen, welche sie bis zur Salivation fortsetzen. Für die große Masse ist diese Kur aber zu teuer. Mit dem Sumpffieber, den Pocken und der Lepra zusammen trägt die Syphilis wesentlich dazu bei, die Bevölkerung zu decimieren und die Entartung der Rasse herbeizuführen.

Von den 237 Beobachtungen des Verf. werden am Schluß 51 der wichtigsten Fälle mitgeteilt. **Klingmüller** (Breslau).

---

7) P. Stolper. Über die Beziehungen zwischen Syphilis und Trauma, insbesondere in gerichtlich- und versicherungsrechtlich-medizinischer Hinsicht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 117.)

Umfang- und inhaltreiche, fleißige Arbeit, in welcher S. mancherlei eigene klinische Erfahrungen speziell bei unfallversicherten Luetikern, sehr reichliche eigene pathologisch-anatomische Beobachtungen bei Luetikern, gesammelt im Breslauer pathologischen Institut, ferner eine große Reihe von Röntgenaufnahmen an luetisch erkrankten Knochen, sowie gründliche Studien der Literatur veröffentlichend und verwertend, wie im Arbeitstitel angedeutet, die eigentümlichen rechtlichen Verbindungen und Beziehungen zwischen Lues und Trauma näher zu beleuchten und auf die Verquickung zwischen beiden hinzuweisen sucht. Der einschlägige Stoff wird in folgender Ordnung behandelt. A. Bedeckende Weichteile, insbesondere Haut, und Muskulatur. Hier handelt es sich meist um spätsyphilitische, gummöse Produkte als Folge und am Orte eines Traumas. Diagnostisch ist zu beachten, daß anfänglich sichtlich gute Heilungstendenz zu beobachten ist, bis erst allmählich Verschlimmerung eintritt. B. Skelett (Knochen und Gelenke, einschließlich Sehnen, Sehnenscheiden und Schleimbeutel). Hier sei erwähnt, daß S. bei 61 Sektionen von Individuen mit erworbener Lues 27mal Affektionen des knöchernen Skeletts, und zwar in der Regel schwere, mehrfache auffand. Bezüglich der Röntgenbilder luetischer Knochen, in mannigfaltiger Weise verstärkte und verdickte, spindelig aufgetriebene Schattenbilder etc. aufweisend, sei auf das Original verwiesen, welches die Wichtigkeit der Röntgenaufnahme für die Diagnose Knochen-

syphilis wiederholt betont. Im allgemeinen wird unter Rücksichtnahme auf die Literatur zunächst die erhöhte Disposition der Luetiker zu Frakturen bezw. sog. Spontanfrakturen hervorgehoben. Eine derartige abnorme Brüchigkeit, wahrscheinlich auf einer allgemeinen Ernährungsstörung beruhend, kann ebenso wie die Spontanfraktur eines Knochens infolge einer spätsyphilitischen gummösen Erkrankung desselben sowohl in strafrechtlichen als in Fällen von Betriebsunfall juristisch wichtig werden. Dasselbe gilt von der bei Lues häufigen Verzögerung der Bruchkomplikation und Pseudarthrosenbildung. Auch von Gelenksyphilis, deren Differentialdiagnose gegenüber deformierender und tabischer Arthritis übrigens nicht leicht ist, giebt S. Bericht über eigene Beobachtungen nebst Abbildung von Präparaten. Bei C., inneren Organen, erwähnt S. eine von ihm beobachtete Gummabildung des Myokards, lokalisierte luetisch-atheromatöse Veränderungen der Aorta, speziell der Aortenwurzel, wo die Koronararterien entspringen, als Erkrankungen, die dazu angetan, ganz plötzlichen Tod zu bewirken, forensisch wichtig sind.

Er hebt die Wichtigkeit der luetischen Arterienerkrankung für Bildung traumatischer Aneurysmen hervor und erklärt die Venenentzündung jugendlicher Individuen als fast stets syphilitisch. Traumatisch entstandene Hodensyphilis ist schon öfter beschrieben. Endlich werden noch Beobachtungen registriert, wo nach Trauma syphilitische Cerebralsymptome auftraten. In den allgemeinen Schlußbemerkungen der Arbeit hebt S. zusammenfassend hervor, daß »geringfügige Verletzungen bei Syphilitikern gelegentlich ernste Folge haben«. Diese Tatsache ist forensisch wichtig und kann den Schuldigen entlasten, wo eine leichte Verletzung abnorme schwere Gesundheitsschädigungen bewirkt hatte. »In der versicherungsrechtlichen Praxis kann es von Wichtigkeit sein, festzustellen, ob eine Verletzung (Betriebsunfall) den Anlaß zu syphilitischer Infektion abgegeben hat, ferner ob gewisse Beschwerden der Versicherten, von diesen als Unfallsfolge mit voller Überzeugung angesehen, wirklich solche sind oder nicht vielmehr der allgemeinen Erkrankung zuzuschreiben sind«. Auch kommt in Frage, ob unter Umständen ein Trauma als verschlimmerndes Moment bei immanenter Syphilis anzusehen ist. Alle diese Fragen sind im allgemeinen von Fall zu Fall sowohl gutachtlich wie rechtsprecherisch zu entscheiden. Allgemeine Maximen aufzustellen, wie z. B., daß eine »Erwerbsfähigkeitseinbuße durch Syphilis, also durch ein selbstverschuldetes Leiden, nicht entschädigungspflichtig sei« (Maréchaux), sind hier verfehlt.

Der Arbeit ist ein über 4 Seiten einnehmendes Literaturverzeichnis beigefügt. Auf eine Mitteilung des Ref. über »ein Syphilom als Betriebsunfall« (in dem der Pat. bis zur Genesung Vollrente erhielt; Ref.) ist noch in einem Nachtrag — Bd. LXV p. 582 — hingewiesen.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).



8) **F. Lesser.** Experimentelle Untersuchungen über die gleichzeitige Darreichung von Quecksilber- und Jodpräparaten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LX. p. 91.)

Man hat vielfach — besonders wohl auf Grund der bekannten Erfahrungen der Ophthalmologen — behauptet, daß man Jod- und Hg-Präparate nicht gleichzeitig verabreichen dürfe. Verf. hat diese Frage einer experimentellen Bearbeitung unterzogen und ist dabei zu folgenden Resultaten gelangt: Innerlich darf man Kalomel, Protojoduret und Hydr. oxydulat. tannic. nicht geben, solange Jod im Organismus kreist, weil dadurch Reizungen des Magen-Darmkanales zustande kommen; wohl aber kann man Sublimat und Jod intern kombinieren, wenn man nur beides zeitlich getrennt verabreicht. Gelöste Hg-Salze kann man während einer Jodkur injizieren, ebenso Salicyl-, Thymol-Hg und Oleum cinereum; Kalomelinjektionen aber reizen unter diesen Umständen stark.

Es ist ferner »die Applikation von Kalomel und weißer Präcipitatsalbe auf Hautwunden bei innerlicher Darreichung großer Dosen von Jodalkalien kontraindiziert« (dabei handelt es sich nach L. um Dosen von mehr als 3—5 g Jodkalium; ich möchte aber hervorheben, daß an den Genitalien — wohl durch Benetzung mit dem Urin — auch bei kleineren Jodkaliumdosen durch Kalomelbestreuung von Papeln etc. starke Nekrotisierungen zustande kommen können). Nach der Resorption ist eine schädliche Wirkung der Jod-Quecksilberkombination ausgeschlossen. Die sehr oft indizierte Doppelbehandlung der Syphilis ist also — bei Innehaltung der oben angegebenen Vorsicht — ganz unbedenklich und in weitem Umfange zu empfehlen. **Jadassohn** (Bern).

---

9) **Werler.** Über praktische Erfahrungen mit der Merkurcolloid-Behandlung etc.

(Therapeutische Monatshefte 1902. Nr. 3.)

Durch die an 146 Fällen von Lues ausschließlich mit Merkurcolloid — einem löslichen metallischen Quecksilberpräparat — in äußerlicher und innerlicher Anwendung gewonnenen Erfahrungen ist W. zu der Überzeugung gekommen, daß dieses Mittel bei bequemerer Anwendungsweise eben so günstig wirkt, wie die anderen Quecksilberpräparate, während die unangenehmen Nebenwirkungen der letzteren entschieden zurücktreten. **Willemer** (Ludwigslust).

---

10) **Scholem.** Über Unguentum hydrargyri colloidalis (Merkurkolloid), seine Anwendungsweise und Wirkung.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1901.

Verf. berichtet aus der Werler'schen Poliklinik über die Anwendungsweise und Wirkung des kolloidalen Quecksilbers. Er hebt als Vorzüge der Merkurkolloidsalbe gegenüber anderen Präparaten

hervor: die leichte Verreibbarkeit, die Sauberkeit einer solchen Einreibungskur, das Fehlen von Nebenerscheinungen (Dermatitis, Stomatitis). Ihre Anwendung sei deshalb zu empfehlen vor allem für ambulante Behandlung der Syphilis, aber auch bei Epididymitis, Funiculitis, Bubonen, gonorrhoischen Gelenksentzündungen und Sehnenscheidenentzündungen. Auszüge aus Krankengeschichten sind beigefügt.

Klingmüller (Breslau).

---

11) **Stenger.** Die otitischen Symptome der Basisfraktur.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

Bei Schädelbasisbrüchen kommen neben allgemein chirurgischen Symptomen eine Reihe Ohrsymptome vor, die S. in anatomische und funktionelle einteilt. Zu den ersteren gehören Blutungen aus dem äußeren Ohre gleich denen aus Mund und Nase. Die funktionellen Symptome bestehen aus Hörstörungen, Gehörsempfindungen, Schwindelerscheinungen und Nervenlähmungserscheinungen. Was den Sitz der Verletzungen des Gehörapparates betrifft, so ist zu bedenken, daß sowohl Verletzungen des Mittelohres, des Labyrinthes, des Hörnerven selbst im Bereiche seines Verlaufes, sowie Verletzungen des zentralen Organes vorkommen können und Störungen der Hörfähigkeit bedingen. Die Art der auftretenden Hörstörungen ist sehr verschieden. Es tritt Schwerhörigkeit bezw. Taubheit auf, meist in Begleitung subjektiver Gehörsempfindungen. Die Schwerhörigkeit ist einseitig, kann aber auch beiderseits eintreten. Sie kann sofort nach dem Trauma oder erst nach längerer Zeit in Erscheinung treten. Bezüglich des Schwindels ist zu erwähnen, daß sich aus näher beschriebenen Zeichen der Labyrinthschwindel von dem Kleinhirnschwindel differenzieren läßt, was für die Diagnose von Bedeutung ist. Besonders wichtig sind die dem Otologen zur Verfügung stehenden funktionellen Symptome, welche oft einen Aufschluß geben, ob Gehirnerschütterung oder Basisfraktur vorliegt. Vor allem aber sind sie von Wichtigkeit bei der Beurteilung eines abgelaufenen oder sich weiter entwickelnden Krankheitsprozesses; sind sie doch oft die einzigen Zeichen neben unbestimmten Kopfschmerzen, die auf den wirklichen Sitz und die Ursachen der Beschwerden hinweisen. So kann nach Ansicht des Verf. die wirkliche Beurteilung einer überstandenen Basisfraktur nur unter Zuziehung eines mit den otitischen Untersuchungsmethoden vertrauten Otologen möglich sein.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

12) **N. Biagi.** Über die Reparationsprozesse der Schädelknochen mit Bezug auf die gewöhnlich angewandten Methoden der Kranioresektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 236.)

B. hat im chirurgischen Institut in Rom unter der Direktion des Prof. Francesco Durante eine Reihe von Tierversuchen betreffs Trepanation nach verschiedenen Methoden gemacht und die

interessierenden Schädelstücke der nach verschieden langen Zeiten nach dem Eingriff getöteten Tiere genau histologisch studiert. Die diesbezüglichen Befundaufnahmen, illustriert durch mikroskopische Abbildungen, bilden den Hauptinhalt der Abhandlung. Als beste Trepanationsmethode erkennt B. die nach Durante, die er wie folgt beschreibt: »Die Sektion der weichen Teile wird entweder halbkreisförmig mit der Basis nach unten ausgeführt oder vermittels eines längeren Hauptschnittes und zweier kürzerer perpendikulärer, die mit ihrem Mittelpunkt auf den Enden des ersteren stehen, so daß zwei rechtwinklige Klappen gebildet werden. Diese Schnitte dringen allenthalben bis auf den Knochen. Nachdem der Lappen so vorgezeichnet und für die Blutstillung gesorgt ist, wird der Knochen vermittels eines Raspatoriums bis zu einem gewissen Grade von den ihn umgebenden weichen Teilen befreit und darauf mit einem feinen Hohlmeißel die Linie der Knochensektion gezogen, parallel mit dem Rande der weichen Teile. Nach Vollendung dieses ersten Operationsaktes befreit man mit einem gewöhlichen McEwen-Meißel einen kleinen am Periost anhängenden Knochensplitter der äußeren Hüllenschicht. Es ist von Bedeutung, den Meißel so zu halten, daß er soweit als möglich die Richtung einer Tangente zur Knochenoberfläche einnimmt, indem man so oberflächlich als möglich kleine Schläge ausführt und zugleich den Meißel nach jedem Schlage leise aufhebt. So erhält man einen Lappen, so groß man will, der sehr beweglich und leicht verschiebbar ist. Ist man an diesem Punkte angelangt, so handelt es sich nur darum, den Schädeldefekt soweit und groß wie den Lappen der weichen Teile zu machen, was entweder auf einmal mit dem Hohlmeißel oder mit der Zange von Montenovesi ausgeführt wird.«

Klinisch beobachtete B. mehrere Fälle, wo dieses Verfahren sehr gute, noch nach Jahren kontrollierte Resultate hatte. Ein Knochenpräparatstückchen, stammend von einem 11 Jahre alten Durante'schen Lappen, hatte er Gelegenheit der mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen, mit deren Beschreibung der diesbezügliche Teil der Arbeit beginnt. Es folgen dann die Beschreibungen der tierexperimentell gewonnenen Präparate: osteoplastische Lappen nach Durante, mit erhaltener und bei weggeschnittener Dura; temporäre Knochenresektion, gefolgt von Reimplantation des Knochens; Periost-Muskellappen ohne Reimplantation des resezierten Knochens; osteoplastischer Lappen mit temporärer Resektion des an den weichen Teilen hängenbleibenden Knochens in seiner ganzen Dicke.

Die Details der Untersuchungen hier zu reproduzieren würde zu weit führen. Im allgemeinen sah B. sich überzeugt, daß Dura und Periost als zwei bedeutende Faktoren des Reparationsprozesses der Schädeldefekte zu betrachten sind. Ihr osteogenetisches Vermögen scheint ihm gleichzustehen, und verhindert der Mangel eines der beiden Faktoren der Dura sicherlich nicht die Restitutio ad

integrum. Damit das osteogenetische Vermögen von Periost und Dura aber sich schnell und wirksam vollziehen kann, ist ein Reiz erforderlich, nämlich der frühere Knochen. Deshalb muß also entweder das ganze resezierte Stück frei an seiner Stelle belassen werden oder Splitter desselben am Periost anhängend bleiben. Sowohl die (nach Durante) konservierten Splitter wie die im Ganzen konservierte Schädelscheibe (bei osteoplastischer Trepanation) gehen nekrotisch zu Grunde, dienen aber als Reiz, Modell und Leiter des Reparationsprozesses, der außer der plastischen Knochenneubildung auch die Aufzehrung der nekrotischen Knochenteile besorgt.

Zum Schluß der hier nur möglichst kurz in ihrem Hauptinhalt angedeuteten Arbeit steht ein Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **Morquio.** Sobre quistes hidaticos del cerebro.

(Revista med. Uruguay 1902. Juli.)

In den südamerikanischen Staaten scheinen die bei uns verhältnismäßig sehr selten zur Beobachtung gelangenden Echinokokkencysten des Gehirns ziemlich häufig vorzukommen. M. hat im Verlaufe eines Jahres 3 Fälle gesehen, die er genau beschreibt und die, wie dies in jenen Ländern fast die Regel sein soll, alle Kinder in jungem Alter betrafen.

Nach einer argentinischen Statistik von Vegas y Cramwell bilden die Hirncysten 2,37% aller Echinokokkuscysten; Thomas fand unter 2000 Fällen 4%. Die Pat. sind fast stets Kinder; M. glaubt, daß das jugendliche Alter für die Lokalisation parasitärer sowie infektiöser Prozesse in den nervösen Zentralorganen prädisponiert ist. Die sichere Diagnose stößt auf sehr große Schwierigkeiten. Differentialdiagnostisch müssen zunächst Tukerkulose und Lues hereditaria ausgeschlossen werden. Dann bleibt die Entscheidung zwischen bösartiger Geschwulst und Echinokokkus; die Anzeichen, die mit sehr großer Regelmäßigkeit bei der letztgenannten Krankheit getroffen werden, sind: Beginn der Erkrankung mit Konvulsionen, die nach kurzer Frist in eine erst schlaffe und darauf spastisch werdende Lähmung übergehen; Erhöhung der Reflextätigkeit auf der der Lähmung entgegengesetzten Seite; vollkommenes Erhaltensein der sensiblen Sphäre; das Fehlen subjektiver Symptome, insbesondere des für Geschwülste so bedeutungsvollen Kopfschmerzes. Der allgemeine Ernährungszustand ist niemals gestört, im Gegenteil immer auffallend gut. Dazu kommen dann noch die äußerlich sichtbaren Symptome, wie Zunahme des Kopfumfanges, Klaffen der Koronarnaht, Offensein der Fontanelle etc. Andere Zeichen, wie die Stauungspapille, die Veränderung der Intelligenz und mehr, decken sich mit den gleichen Symptomen der bösartigen Geschwülste. Sobald die Diagnose frühzeitig gestellt wird, soll zur Operation geschritten werden. Diese kann in Aspiration der Cystenflüssigkeit be-

stehen, in Aspiration mit nachfolgender Injektion einer antiparasitären Flüssigkeit, endlich in der radikalen Exstirpation der ganzen Cyste. Die letztere Operation ist natürlich immer vorzunehmen, wenn noch irgend welche Hoffnung auf Wiederherstellung vorhanden ist. Sie ist auch verhältnismäßig einfach, da die Cysten die Eigenschaft haben, stets nahe der Oberfläche und in den weitaus meisten Fällen in der Gegend des Sulcus Rolandi zu sitzen. Die Gefahr des Eingriffes ist allerdings recht bedeutend, da, abgesehen von einer möglichen Infektion, viele Kranke in dem der Operation folgenden Chok zu Grunde gehen. Vegas y Cramwell erlebte unter 18 Operationen nur 8 glatte Heilungen.

Stein (Wiesbaden).

---

14) **R. Büdinger.** Eine Methode des Ersatzes von Liddefekten.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 25.)

Die beschriebene Methode ist dem Verfahren v. Mangoldt's zur plastischen Deckung von Defekten am Kehlkopfknorpel nachgebildet und wird folgendermaßen ausgeführt:

Nach der Entfernung des kranken Lidteiles, bei schon bestehenden Defekten nach Anfrischung der Ränder, werden zwei Lappen gebildet; der eine, welcher die mangelnde Lidhaut und event. deren Umgebung decken soll, wird von der Schläfen- oder Wangenhaut entnommen und ist gestielt. Der zweite Lappen, der den verloren gegangenen Tarsus samt der Conjunctiva ersetzen soll, wird aus der Ohrmuschel, am besten unterhalb der Helix exzidiert. Er besteht aber nur aus der vorderen Hautbedeckung der Ohrmuschel samt dem Knorpel. Am besten benutzt man das gleichseitige Ohr des einfacheren Verbandes wegen. Man muß beachten, daß vordere Hautbedeckung des zu entnehmenden Lappens nach dem Bulbus zu, also nach innen zu liegen kommt. Daher ist es gut, das Heftpflastermodell des Defektes umgekehrt auf das Ohr aufzutragen.

Vereinigung der Hautränder des Knorpelhautlappens mit der Conjunctiva bulbi, mit dem Rande des gestielten Lappens, der dem Lidrande entspricht und auf der 3. Seite mit dem stehengebliebenen Teil der Conj. palpebr. und des Tarsus. Befestigung des gestielten Lappens.

Zwei derartig operierte Fälle zeigten ein besonders schönes Resultat.

Hübener (Dresden).

---

15) **R. Kayser.** Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Vorlesungen, gehalten in Fortbildungskursen für praktische Ärzte. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage.

Berlin, **S. Karger,** 1903. Mit 130 Abbildungen.

Wie schon die Überschrift sagt, ist das vorliegende Buch für praktische Ärzte bestimmt, es soll in möglichster Kürze die notwen-

digsten diagnostischen und therapeutischen Punkte obiger Spezialgebiete erläutern und den Nichtspezialisten orientieren. Unseres Erachtens ist dies Verf. vollauf gelungen; auf 170 Seiten gibt er eine Übersicht über die Erkrankungen von Kehlkopf, Nase und Ohr. Die glückliche Auswahl des Stoffes, die klare, fließende Darstellung setzen den viel beschäftigten Praktiker in den Stand, die unentbehrlichsten Kenntnisse in diesem Spezialfach sich ins Gedächtnis zurückzurufen. Diese immer mehr zunehmende Ausdehnung unserer Wissenschaft hat den Wunsch nach kompendiösen Lehrbüchern rege gemacht; leider ist oft hierbei übers Ziel hinausgeschossen worden und so ein nicht unberechtigtes Mißtrauen gegen die Kompendien, Repetitorien etc. entstanden. Hier hat aber Verf. seine Aufgabe in vortrefflichster Weise gelöst; der beste Beweis ist das rasche Erscheinen der zweiten Auflage; überall merkt man die bessernde Hand des Verf.s, der wohl kaum eine neue Errungenschaft unerwähnt gelassen hat; es seien nur erwähnt von Neuaufnahmen: Die Gray'sche Lösung zur Anästhesierung bei der Paracentese, die LeDuc'sche Methode der Pulverinhalation zur Selbstbehandlung, das Phenol-Natrio sulforicinicum für die Behandlung der Ozaena, die Anwendung der Gelatine bei Epistaxis, die Gersuny'sche Paraffinmethode zur Verbesserung der Sattelnase. Ferner haben die Beschreibung der hinteren Tamponade, die gerade der Praktiker oft rasch selbst ausführen muß, sowie die Beziehungen zwischen Nase und Gesamtorganismus eine eingehendere Darstellung gefunden. Möge auch diese Auflage sich viele Anhänger erwerben.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

---

16) **Röpke.** Die Unfallverletzungen des Gehörorganes und die prozentuale Abschätzung der durch sie herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes.

(Aus den Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft zu Trier 1902.)

Den gediegenen in klarer Darstellung vorgetragenen Ausführungen des Verf. liegt das Material des Reichs-Versicherungsamtes vom Jahre 1897 zugrunde, das unter 45971 Betriebsunfällen 57 Fälle = 1,24‰ zu verzeichnen hatte, in denen Folgen von Verletzungen des Gehörorganes die Rente bedingten. Nach einer Übersicht über die einzelnen Industriezweige giebt R. eine Definition des Betriebsunfalles unter Anführung charakteristischer Beispiele. Diese fehlen auch nicht in der Zusammenstellung der bei den einzelnen Teilen des Gehörorganes in Betracht kommenden Verletzungen und deren Folgen. Hierbei erwähnt Verf. mit Recht, wie oft bei schweren Kopftraumen Affektionen des inneren Ohres übersehen werden, die dem Nichtspezialisten infolge des Vorherrschens der stürmischen Erscheinungen, wie Hirnerschütterung etc., leichter entgehen und erst nach Schwinden der letzteren in Erscheinung treten. Als besonders

gelungen ist der, wenn ich so sagen darf, soziale Abschnitt zu bezeichnen, in dem Verf. eine große Reihe der für die Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit maßgebenden Gesichtspunkte erörtert und speziell auf die wichtigeren sozialen Momente, wie Geschlecht, Alter, Beruf etc. hinweist. Nach ihm kommen hauptsächlich drei Arten Folgezustände von Unfallverletzungen des Gehörorganes in Betracht: 1) Herabsetzung oder Verlust des Hörvermögens mit oder ohne Ohreiterung; 2) Schwindelerscheinungen, subjektive Geräusche, Kopfschmerzen; 3) Entstellungen. Ferner führt er das Zwardemakersche Schema an, welches fünf Gruppen von Berufen in Rücksicht auf die Entbehrlichkeit des Gehörs unterscheidet. Etwas mehr hätte unseres Erachtens die Gefährlichkeit, die eine Mittelohr- oder Warzenfortsatzzelleneiterung mit sich bringt, hervorgehoben werden dürfen. Die äußerst lehrreiche Arbeit ist dringend zur Lektüre zu empfehlen; denn, so schließt R. seine Ausführungen, »je mehr Kenntnis der Arzt von der Tätigkeit der Arbeiter in den einzelnen Berufszweigen hat und je mehr er in die Tiefen des durch und durch sozial gedachten Unfallversicherungsgesetzes eingedrungen ist, um so eher wird er imstande sein, ein im Sinne des Gesetzes gerechtes Gutachten über die Folgezustände abzugeben, die nach einem Betriebsunfall zurückgeblieben sind«. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

---

17) **Rusch.** Zur operativen Behandlung des Rhinophyma.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 13.)

Keilexzision mit folgender Naht eignet sich für umschriebene knollige Hyperplasien, die so vollständig entfernt werden können.

Die zunächst von Stromeyer, Kehrer, Ollier geübte Methode der Dekortikation mit Hinterlassung der Hautbasis, die auch in zwei R.'schen Fällen zur Anwendung kam, ist am meisten zu empfehlen. Einer Transplantation auf die Wundflächen bedarf es da nicht, da die durchschnittenen Talgdrüsen-Ausführungsgänge kleine Epithelinseln darstellen.

Die durch totale Exstirpation der Nasenhaut mit folgender Hauttransplantation (Gersuny) erzielten Nasen machen nach Farbe und Glätte — wie fast stets Thiersch'sche Transplantation im Gesicht — den Eindruck des Fremden. **Hübener** (Dresden).

---

18) **J. Mouret.** Rapports de l'apophyse unciforme avec les cellules ethmoidales et le méat moyen.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 43.)

Verf. erläutert in klarer und übersichtlicher Darstellung die Topographie des mittleren Nasenganges; an der Hand von Zeichnungen giebt er eine Übersicht über die häufigsten Varietäten des Processus uncinatus, der Bulla ethmoidalis, der mittleren Muschel in ihrem Einfluß auf die Gestalt des Meatus medius und die Zu-

gänglichkeit der in denselben mündenden Nebenhöhlen. Die genaue anatomische Kenntnis dieser so variablen Gegend sei eine unerläßliche Vorbedingung für ein erfolgreiches, rhinologisches Handeln.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

---

19) **E. J. Moure.** Traitement des tumeurs malignes primitives de l'ethmoïde.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 40.)

Für Geschwülste, die in der unteren Hälfte der Nasenhöhle ihren Sitz haben, empfiehlt Verf. die Exstirpation auf natürlichem Wege; dieselbe ist mit geringeren Unbequemlichkeiten verknüpft und giebt verhältnismäßig recht günstige Resultate; weit besser wären dieselben, wenn die ihrer Beschwerden ledigen Pat. sich nicht so oft der Behandlung entzögen. Denn der kleinste Anfang eines Rezidives ist rhinoskopisch meist zu konstatieren und demgemäß mit kalter Schlinge, scharfem Löffel etc. zu beseitigen. Als Beleg für diese Ausführungen veröffentlicht M. einen Fall von »Épithélioma cylindrique« bei einem 83jährigen Manne, der $3^1/_2$ Jahre nach der Operation erst starb, obwohl er sich bis kurz vor seinem Tode infolge allgemeinen Wohlbefindens der ärztlichen Beobachtung entzogen hatte. Wenn die Geschwülste jedoch im oberen Teile der Nasenhöhle, speziell in der Siebbeingegend ihren Sitz haben, ist das endonasale Verfahren nicht ausreichend. Dann trennt Verf. die Weichteile vom inneren Rande des Arcus superciliaris bis ans Ende der betreffenden Nasolabialfalte, klappt auf und entfernt vom Knochen einen Teil vom Processus nasalis des Oberkiefer, des Stirnbeins und das Os nasale dieser Seite unter Schonung des knöchernen Septum; auf diese Weise erreichte er eine genaue Übersicht, die eine gründliche Ausräumung der Siebbeingegend bis zur Keilbeinhöhle unter vorsichtiger Schonung der Lamina cribrosa und der oft freiliegenden Dura gestattet; hintere Tamponade bei der Operation ist vorteilhaft, die Entstellung ist gering. Nach dieser Methode operierte M. ein Épithélioma cylindrique, das er $1^1/_4$ Jahr vorher endonasal entfernt hatte und dessen Rezidiv Symptome von Schwindel etc. zeigte. Pat. ist (2 Jahre nach der Operation) geheilt. In einem zweiten, allerdings sehr weit vorgeschrittenen Falle konnte M. den tödlichen Ausgang durch diese Operation nicht abwenden. Immerhin gestatten diese Resultate, die Behandlung bösartiger Geschwülste der Nasenhöhle für aussichtsreicher anzusehen, als man bisher annahm.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

---

20) **Kauder.** Über die intrakraniellen Erkrankungen beim Empyem der Keilbeinhöhle.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Die Erkrankung des Sinus sphenoidalis wird in ihrer Gefährlichkeit noch unterschätzt, vor allem deswegen, weil in Fällen von intrakraniellen Erkrankungen auf sie noch zu wenig geachtet wird.

Es ist nachgewiesen, daß das Empyem der Keilbeinhöhle ein häufiges Vorkommnis ist. Ätiologisch spielen hier in erster Linie die akuten und chronischen Infektionskrankheiten eine Rolle. Die unmittelbare Nachbarschaft der Hirnhäute und des Sinus cavernosus zur Keilbeinhöhle ließ es verständlich erscheinen, daß eitrige Prozesse von dieser leicht fortgeleitet werden können.

Verf. berichtet sodann über 3 Fälle von Empyem der Keilbeinhöhle mit intrakraniellen Komplikationen und bespricht im Anschlusse daran die pathologische Anatomie, die Symptomatologie und die Therapie dieser gefährlichen Erkrankung. Bei ausgesprochener Beteiligung des Sinus cavernosus und der Meningen ist von einem chirurgischen Eingriffe nichts zu erhoffen. Deshalb ist es angezeigt, prophylaktisch zu wirken und, sobald ein Empyem der Keilbeinhöhle diagnostiziert ist, dafür zu sorgen, daß der Eiter freien Abfluß erhält.

Blauel (Tübingen).

---

21) **Lindt** (Bern). Einige Fälle von Kiefercysten.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 13.)

L. berichtet über 5 Fälle von periodontalen Cysten, die wir auch als Wurzelcysten bezeichnen. Diese Beobachtungen lehren, wie diese Cysten leicht verkannt, als Kieferhöhlenempyeme oder einfache Kieferabszesse angesehen werden, und wie eine richtige Diagnose deshalb so wichtig ist, weil nur eine gründliche Ausrottung des Cystenbalges eine völlige Heilung ermöglicht. Bezüglich der Entstehung nimmt L. mit Malassez und Kunert an, daß diese Cysten einen bei der Bildung des Schmelzorganes der Zähne nicht verwendeten Rest epithelialer Zellen, der im Periodontium normalerweise zurückbleibt, ihre Entstehung verdanken. Durch Zerfall der Pulpa in das Periodontium gelangende Mikroben rufen eine entzündliche Wucherung dieser Epithelreste hervor, das Wurzelgranulom. Wenn dieses sich zentral verflüssigt, verteilt sich das Epithel in der so entstehenden Höhle, die mit der Extraktion des Zahnes eröffnet wird. (Die Entstehung einer Epithelcyste auf diesem Wege läßt sich doch recht schwer denken. Ref.) Im späteren Stadium lassen sich die periodontalen Cysten von den follikulären, die einer Störung in der Zahnbildung ihre Entstehung verdanken, nicht mehr unterscheiden.

Differentialdiagnostisch lassen sich diese Cysten vom Höhlenempyem unterscheiden dadurch, daß die Sondierung und Spülung der Kieferhöhle von der Nase aus keinen Eiter ergibt, und daß keine Kommunikation der Cystenhöhle mit dem Ostium maxillare besteht. Therapeutisch genügt bei kleineren Cysten die von Partsch empfohlene Exzision eines großen Stückes der vorderen Wand, worauf sich die Höhle verflacht. Bei größeren ist vollständiges Ausschneiden alles entzündeten Gewebes mit nachfolgender Tamponade erforderlich.

P. Stolper (Breslau).



22) **G. Killian.** Les résultats diagnostiques et thérapeutiques obtenus par les méthodes endoscopiques directes dans le cas de corps étrangers de l'oesophage et des voies respiratoires.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 79.)

K. skizzirt im vorliegenden, auf der 70. Versammlung der Brit. med. Ges. (1902 zu Manchester) erstatteten Referat kurz den gegenwärtigen Stand der im Titel angedeuteten Fragen. Mehrere eigene Beobachtungen K.'s werden mitgeteilt, um die Erfolge der Methode zu demonstrieren (1 Fremdkörperextraktion aus dem Ösophagus, 1 aus dem Larynx, 5 aus den Bronchien). Im beigefügten Litteraturverzeichnis sind die bisher publicirten Fälle von erfolgreicher Anwendung des Bronchoskops zusammengestellt.

Hinsberg (Königsberg i/Pr.).

Kleinere Mitteilungen.

Zur operativen Behandlung der veralteten Patellarfraktur.

Von

Dr. **Max Sträter,**

ehemaligem Assistenten der chirurg. Abteilung des kathol. Krankenhauses in Amsterdam.

Jedem Chirurgen, der einmal eine veraltete Patellarfraktur mit großer Diastase der Fragmente operativ zu behandeln gehabt hat, sind die Schwierigkeiten bekannt, die sich der Vereinigung der weit auseinander gewichenen Frakturstücke entgegenstellen können.

Zahlreich sind denn auch die Methoden, die man ersonnen hat, um diese Schwierigkeiten zu überwinden. Alle Teile des Streckapparates des Kniegelenkes, einschließlich der Tuberositas tibiae, sind schon bei diesen Versuchen in Angriff genommen. In der mir zugänglichen Literatur finde ich angegeben: Quere oder schiefe Durchtrennung der Quadricepssehne, multiple Einkerbungen und V-förmige Einschneidung dieser Sehne; Auto- oder Heteroplastiken an der Patella selbst; Überbrückung der Diastase durch gestielte Lappen aus der Sehne und dem Lig. patellae; Exstirpation des oberen Fragmentes; schiefe Durchschneidung des Lig. patellae; Naht nur der seitlichen Kapselteile; Abmeißelung der Tuberositas tibiae. Dieses letzte Verfahren scheint gegenwärtig das am meisten angewandte zu sein, läßt aber bei sehr großen Diastasen, namentlich bei sehr alten Frakturen, wo starke Schrumpfung der Sehne und des Ligamentes eingetreten ist, im Stiche. Zu meiner Verwunderung fand ich nirgendwo ein Verfahren erwähnt, das mir sonst, namentlich in unserer im Zeichen der Sehnenplastiken stehenden Zeit, ziemlich vor der Hand zu liegen und das mir auch a priori mehrere Vorteile zu bieten schien; ich meine die Z-förmige Durchschneidung der Quadricepssehne mit nachfolgender Naht. Die Ursache für die starke Diastase bei den alten Frakturen und damit der Schwierigkeit der Annäherung der Fragmente liegt doch in der Hauptsache in der Schrumpfung, der Retraktion der Quadricepssehne, in geringem Maße auch des Lig. patellae. Während nun das Lig. patellae wegen seiner Kürze (in meinem Falle betrug die Länge dieses Ligaments kaum $1/2$ cm) für plastische Versuche wenig geeignet erscheint und wir zudem in dem v. Bergmann'schen Verfahren ein Mittel besitzen, das der Retraktion des unteren Fragmentes wirksam abhilft, beträgt die Länge der Quadricepssehne doch immer noch mehrere Centimeter. Es ist also rationell, den Angriffspunkt da zu suchen, wo auch die Ursache des zu beseitigenden Übels liegt. Zudem haftet den Osteoplastiken an der

Patella selbst der prinzipielle Fehler an, daß die Patella zu lang gemacht wird und also von vornherein auf eine normale Beweglichkeit des Gelenkes verzichtet wird. Ein weiterer Vorteil der Verlängerung der Quadricepssehne ist, daß die Patella wieder auf ihren normalen Platz gebracht wird und also auch hierdurch die Chancen für eine spätere normale Beweglichkeit erhöht werden.

Von diesen Erwägungen geleitet, wandte ich das oben genannte Verfahren bei einem Falle an, der vor einigen Monaten in meine Behandlung kam.

Die Krankengeschichte ist in aller Kürze folgende[1]:

Pat. wurde im Juli 1902 im Krankenhause aufgenommen mit einer 3 Tage alten Fraktur der linken Patella mit einer Diastase von 2 cm und absoluter Strecklähmung. Zudem bestand eine 2 Jahre alte Fraktur der rechten Patella, die damals mit monatelanger Massage behandelt war. Die Diastase betrug bei vollkommener Streckung $6^1/_2$ cm, bei Beugung von 90° 10 cm. Es bestand absolute Strecklähmung, geringe Atrophie des Oberschenkels. Pat. konnte bis zu ihrem jetzigen Unfalle nur mit Kniekappe und Stock und auch dann noch ziemlich schlecht gehen, so daß sie öfters umkippte. Den 26. Juli führte ich an beiden Patellae die Operation aus. Bei der frischen Fraktur war die Sache äußerst einfach, und will ich hierüber nur bemerken, daß das linke Kniegelenk Anfang Oktober aktiv und passiv nahezu normal beweglich war.

Die Operation der veralteten Fraktur gestaltete sich aber ziemlich schwierig. Durch einen großen Längsschnitt wurden die Fragmente bloßgelegt. Trotz tiefer Narkose und Hochhaltung des Beines blieb eine Diastase von ungefähr $3^1/_2$ cm. Ich schritt nun zur Z-förmigen Durchschneidung der Quadricepssehne in ihrer ganzen Länge, nachdem ich sie von der Unterlage losgelöst hatte. Die Fragmente ließen sich nun bis auf etwas mehr wie 1 cm aneinander bringen (hierbei machte ich beiderseits noch seichte Einkerbungen in die Muskelmasse der Vasti). Um auch diesen letzten Centimeter zu überwinden, meißelte ich die Tuberositas tibiae nach v. Bergmann ab, und nun ließen sich, allerdings nur unter sehr starkem Zuge, die Fragmente in Kontakt bringen. Da der erste Silberdraht durchzuschneiden drohte, führte ich noch einen Silberdraht um die ganze Patella herum, vernähte dann die Sehne wieder in sich selbst und mit den Muskeln, nähte die Kapsel und schloß die Hautwunde nach Einlegung zweier kleiner Jodoformgazestreifchen. Darüber Gipsverband.

Aus dem späteren Verlaufe sei der Kürze halber nur mitgeteilt, daß die Wunde nicht per primam heilte, sondern eine sich glücklicherweise extraartikulär haltende Infektion auftrat. Hierdurch konnte erst viel später als es meine Absicht war, mit der Massage angefangen werden. Nach 3 Wochen wurde der Gipsverband abgenommen, und konnte Pat. schon am nächsten Tage den Fuß von der Unterlage heben. 2 Wochen später fing sie an herumzugehen; Mitte September wurde sie entlassen und konnte damals schon ohne Stütze gut gehen. Ende September sah ich Pat. zum letzten Male; sie ging leicht und schmerzlos; die Patella saß fest zusammen. Normale Streckfähigkeit. Beugung im Kniegelenke bis zu 160° möglich. Pat. selbst war sehr zufrieden mit dem Resultate. Ich zweifle nicht, daß dieses Resultat aber bei geeigneter Behandlung noch um vieles verbesserungsfähig ist und glaube also das von mir in diesem Falle angewandte Verfahren zur Nachprüfung empfehlen zu können.

---

23) **Hallopeau et Duval.** Sur un chancre destructif de la lèvre inférieure.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 605.)

Die Verff. stellten in der Soc. de derm. et de syphil. einen Fall vor, welcher einen ulcerierten Primäraffekt der Unterlippe zeigte. Die Ulceration schritt in

[1] Ich habe den Fall ausführlich mitgeteilt in der Versammlung der Niederländischen Gesellschaft für Chirurgie zu Utrecht am 5. Oktober 1902 und dort auch die zugehörigen Röntgogramme demonstriert.



einigen Tagen rapid weiter, bis sie fast die ganze Unterlippe einnahm. Erst unter energischer Behandlung mit Kalomel und Jod tritt Besserung und Heilung ein. H. macht darauf aufmerksam, daß derartige umfangreiche phagedänische Ulcerationen bisher nur an Lippe und Glans beobachtet worden sind, und glaubt daraus schließen zu können, daß örtliche anatomische Verhältnisse dabei eine Rolle spielen.

Klingmüller (Breslau).

24) **H. R. Lane and W. M. L. Coplin** (Philadelphia). Chronic phagedaena due to mixed infection.

(Annals of surgery 1902. Mai.)

Die Arbeit enthält ausführliche klinische (Lane), so wie pathologisch-anatomische, mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen (Coplin) über einen Fall von destruierendem phagedänischen Schanker.

Nachdem trotz mehrfacher operativer Eingriffe etwa der halbe Penis des 25 Jahre alten Pat. zerstört war, außerdem eine Infektion der Leistendrüsen stattgefunden hatte, wurde der Penis amputiert und die erkrankte Drüse exstirpiert. Erst dann erfolgte Heilung.

Aus den angestellten genauen Untersuchungen des amputierten Penis ist hervorzuheben, daß sich der Prozeß als Folge einer Mischinfektion herausstellte, an der beteiligt waren 1) der Staphylokokkus pyogenes aureus, 2) Bakterium coli, 3) Streptobazillus Ducrey. Außerdem glauben die Verff. aus dem mikroskopischen Befunde (Anwesenheit von tuberkelähnlichen Gebilden, Anhäufungen von Riesenzellen mit beginnender Verkäsung) auf die Mitwirkung von Tuberkelbacillen schließen zu können, obwohl der bakteriologische Befund nach dieser Richtung negativ war. Gestützt wird diese Vermutung durch den in einem Anhange kurz mitgeteilten weiteren Verlauf, nämlich durch das spätere Auftreten einer Epididymitis, welche halbseitige Kastration notwendig machte.

Seefisch (Berlin).

25) **Stern.** Trauma und Syphilis.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 42.)

Verf. tritt in seiner kleinen Veröffentlichung der Auffassung entgegen, daß Wunden Syphilitischer, welche gesundes Gewebe treffen, bei Vermeidung sonstiger Schädlichkeiten in normaler Weise heilen. Zum Beweise seiner Anschauung bringt er 2 Fälle, eine Phlegmone bei einem Luetiker und eine Fingerkuppenverletzung bei einem Luetiker. In beiden Fällen zeigten die Wunden einen äußerst verzögerten, durch Eiterung komplizierten Heilungsverlauf, der sich erst günstiger gestaltete, als Verf. energische antiluetische Kuren verordnete.

Schmieden (Bonn).

26) **M. Schmidt.** Ein Syphilom als Betriebsunfallfolge.

(Sonderabdruck aus Monatsschrift für Unfallheilkunde.)

Im Anschluß an ein Trauma entwickelte sich bei einem 32 Jahre alten Manne eine fluktuierende Anschwellung. Die Inzision ergab ein Depot von käsig-fungösgelatinösem Gewebe in der Subcutis. Nach Auskratzung und Tamponade erfolgte nur vorübergehende Heilung, es entwickelten sich nach und nach mehrere Fisteln. Die Affektion wurde für Tuberkulose gehalten und als solche behandelt, bis Verf. an tertiäre Lues dachte. Schmierkur und Jodkali brachten endgültige Heilung.

Der Fall ist deshalb interessant, weil sich 11 Jahre nach der Infektion am Ort einer ebenfalls vor 11 Jahren gemachten Injektion eines Quecksilbersalzes ein typisches Gumma entwickelte. Er reiht sich den aus der Breslauer Klinik veröffentlichten ähnlichen Fällen an und bestätigt von neuem den Zusammenhang zwischen Trauma und tertiärer Lues. **Klingmüller** (Breslau).

27) **Gaucher et Lacapère.** Syphilis et diabète insipide.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 355.)

Verff. haben bei einem Falle von tertiärer Syphilis Diabetes insipidus beobachtet, welcher sich unter dem Einflusse spezifischer Behandlung (Hg + JK) rapid

besserte. Aus verschiedenen cerebralen Symptomen wurde die Diagnose auf Syphilom in der Gegend des 4. Ventrikels und am Ursprungsorte des 5. Gehirnnervenpaares gestellt. Die Krankengeschichte ist kurz folgende: 35jährige Pat. mit Pollakiurie (8 Liter in 24 Stunden); mit 17 Jahren Primäraffekt, Roseola und Kopfschmerzen; Behandlung mit Pillen während 6 Monaten. Im 30. Jahre Auftreten von Gummata am Rumpfe, seitdem Verminderung seiner Kräfte. Vor 2 Monaten Beginn der Pollakiurie. Befund: Narben, krustöse Syphilide, Exostosen an Stirn und Schläfe, unaufhörliche Kopfschmerzen; Urin frei von Eiweiß und Zucker. Hyperästhesie und gesteigerte Patellarreflexe. Pupillendifferenz, Hypästhesie der Cornea und Conjunctiva, doppelseitige Stauungspapille.

Klingmüller (Breslau).

28) **Fournier et Crouzon.** Arthropathies au cours d'une syphilis secondaire.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 268.)

In der Soc. de dermatol. et de syphil. wird von Verff. folgender Fall beschrieben. Ein 24jähriger Mann bekommt einen Primäraffekt, bald darauf Roseola, welche in 10—15 Tagen verschwunden ist. Etwa einen Monat später tritt eine zweite Eruption auf mit Schmerzen in den Gelenken. Etwa $1^1/_2$ Monat danach stellen sich dieselben Erscheinungen ein: ausgebreitetes maculo-papulöses Syphilid der Haut, Schleimhäute frei. Die Gelenkschmerzen treten abwechselnd in den Knien, Ellbogen- und Schultergelenken auf und sind nicht sehr stark. In den Kniegelenken wird geringer Erguß festgestellt, am rechten Schultergelenk vorn eine sichtbare Hervorwölbung, welche sich nach der Außenseite des Armes fortsetzt und fluktuiert, am linken Schultergelenk nur leichte Schmerzhaftigkeit. Herz, Nieren frei, keine Temperaturerhöhung. Pat. war nie krank.

Klingmüller (Breslau).

29) **Fournier et Crouzon.** Ténosites du poignet au cours d'une syphilis secondaire.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 266.)

Verff. stellten in der Soc. de dermatol. et de syphil. einen Fall von Synovitis syphilitica vor. Der 33jährige Pat. klagte mit dem Ausbruche der Sekundärsymptome über nächtliche Schmerzen in den Gliedern, welche sich besonders lebhaft im rechten Handgelenke äußerten. Von der Mitte des Unterarmes bis zur dritten Phalanx des Zeigefingers und zur zweiten des Daumens bestanden Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit, welche bei Bewegungen stärker wurde. Die Temperatur stieg bis 39,4. Gonorrhoe lag nicht vor. Salicyl hatte keinen Einfluß. Unter Behandlung mit Hg und JK trat Besserung ein; in den ersten Tagen der Kur entwickelte sich aber im linken Handgelenk eine ähnliche Affektion, welche erst nach fortgesetzter spezifischer Therapie verschwand, so daß auch ex juvantibus die Diagnose einer Synovitis syphilitica, einer überaus seltenen Affektion, aufrecht erhalten werden konnte. **Klingmüller** (Breslau).

30) **Marquez.** Caso notable de sifilis terciana.

(Revista de med. y cirurg. práctic. 1902. Nr. 748.)

M. sah einen Fall von tertiärer Syphilis, bestehend in einem retrobulbären Gumma. Die 50jährige Kranke kam in Behandlung mit einem selten starken rechtsseitigen Exophthalmus, fast geschwundenem Sehvermögen, Stauungspapille, Lähmung des Rectus externus. Die Anamnese ergab, daß vor $1^1/_2$ Jahren zuerst sehr heftige Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte aufgetreten waren, daß darauf Anästhesie dieser Gesichtshälfte, später Doppelsehen rechts und dann der Exophthalmus sich eingestellt hatten. M. glaubte es mit einem von der Hirnbasis ausgehenden und nach vorn wuchernden Tumor maligner Art zu tun zu haben, gab aber trotzdem »por si acaso« (man kann es nie wissen) Jodkali in großen Dosen. Nach kurzer Zeit schwanden sämtliche Krankheitssymptome mit Ausnahme

der Lähmung des Rectus externus, die nicht beeinflußt wurde. Der Exophthalmus ging zurück, die Sehschärfe ist gleich der der anderen Seite. Hinterher gab dann auch die Kranke zu, in den letzten Jahren ihrer Ehe Syphilis gehabt zu haben.

Stein (Wiesbaden).

31) **E. Welander.** Drei Fälle von Strictura pharyngis syphilitica.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LXI. p. 123.)

Von den 3 Fällen ist der eine durch das gleichzeitige Vorhandensein einer Speiseröhrenstriktur, der andere durch eine Vernarbungsmembran, welche nur eine gänsefederdicke Öffnung hatte, der dritte durch das Auftreten der Striktur $1^1/_2$ Jahre nach der Infektion sehr bemerkenswert. **Jadassohn** (Bern).

32) **Amberger.** Zur Kasuistik der Schädel- und Gehirnverletzungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

Aus dem städtischen Krankenhause zu Frankfurt a/M. berichtet A. über 6 Fälle schwerer Schädelverletzungen. 5mal war Sturz oder Stoß die Ursache gewesen, einmal ein Schuß in die Schläfengegend. In allen Fällen war das Gehirn stark in Mitleidenschaft gezogen, teils durch Druck von Hämatomen, teils durch direkte Verletzung. Durch den operativen Eingriff wurde durchweg Heilung erzielt. **Blauel** (Tübingen).

33) **Loevy.** Zur Indikation der Trepanation bei Gehirnblutung im Verlaufe des Keuchhustens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 226.)

Nicht operierter Fall aus dem Berliner Friedrichshain-Krankenhaus. $7^1/_2$jähriges seit einiger Zeit keuchhustenkrankes Mädchen, das eines Morgens rechtsseitig gelähmt und aphasisch liegend gefunden war. Es folgten Bewußtlosigkeit, rechtsseitige Krämpfe, Drehung von Kopf und Augen nach rechts, hohes Fieber, Puls beschleunigt, aber kein Druckpuls, auch keine Nackenstarre. Es wurde eine Trepanation behufs eventueller Entleerung eines Hämatoms erwogen, aber, da am 4. Tage nach dem Anfalle eine leichte Besserung eingetreten schien, nicht ausgeführt; dagegen geschah eine Lumbalpunktion, wesentlich zur mikroskopisch-bakteriologischen Untersuchung des Liq. cerebrospinalis, der einen Druck von 160 mm zeigte, in einer Menge von 2 ccm abfloß, übrigens sich ganz normal erwies, dann allmählige Besserung und schließlich völlige Genesung.

Bislang ist eine Trepanation wegen ähnlicher Hirnerscheinungen bei Keuchhusten mit tödlichem Erfolge von Evans gemacht (Entleerung blutiger Cerebrospinalflüssigkeit von der Hirnbasis). L. erwägt den Wert solcher Operationen und findet, daß, da es sich in den fraglichen cerebralen Lähmungsfällen bei Keuchhusten, so weit bekannt, entweder um gar keine anatomischen Veränderungen handelt oder doch um intracerebrale, und zwar oft kapilläre Blutungen, nicht aber um größere chirurgischer Therapie zugängliche Hämatome, die Indikation zu einer Trepanation sicher nur äußerst selten vorhanden sein wird. Dagegen wird die Lumbalpunktion mit ihrer druckherabsetzenden Wirkung, nach dem günstigen Einfluß, den sie in L.'s Fall gehabt, zu möglichst frühzeitiger Ausführung empfohlen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) **E. Boniquet.** A propos d'une anthrotomie chez un diabétique.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otolog. et de rhinolog. 1902. Nr. 44.)

Gelegentlich der Aufmeißelung bei einer subakuten Mastoiditis mit profuser Otorrhoe fand sich eine kolossale Knocheneinschmelzung nebst einem großen Sequester im Aditus; nach 14 Tagen Verschlechterung des Allgemeinzustandes unter Auftreten von Ödemen der gleichseitigen Gesichtshälfte und Extremitäten, ohne daß die Wunde eine Abweichung vom Normalen bot; dazu Polyurie und 7,9% Zucker! Unter antidiabetischer Therapie sank die Zuckermenge, dennoch erfolgte nach einigen Wochen unter Hinzutreten von Ascites etc. der Tod. Die

Wunde war fast geheilt und hatte nie eine Spur von Gangrän gezeigt. Im Anschluß hieran erörtert Verf. die Grundsätze für die Operation von Warzenfortsatzerkrankungen bei Diabetikern. Im Prinzip erklärt er sich für die Vornahme derselben, außer wenn quantitative Aceton- und Ammoniakbestimmungen ein drohendes Koma anzeigen. Zur Verminderung der Narkosegefahr für den diabetischen Allgemeinzustand empfiehlt er Naunyn's Vorschlag, vor und nach der Operation stets reichliche Dosen Natrium bicarbonicum zu verabfolgen.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

35) **M. Wassermann.** Über die kosmetische Behandlung von Sattelnasen mit Vaselininjektionen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

In der Münchener Klinik wurden in 5 Fällen von teils angeborener, teils infolge von Lues oder Trauma erworbener Sattelnase die Gersuny'schen Injektionen von Vaselinum purissimum album mit stets zufriedenstellendem Resultat angewendet. Das Vaselin hatte einen Schmelzpunkt von 40° C., wurde in offener Porzellanschale sterilisiert, bis nahe an die Erstarrungsgrenze abgekühlt und unter antiseptischen Kautelen mit einer gewöhnlichen Pravazspritze in das Unterhautzellgewebe injiziert. Vorausgeschickt wurde eine Infiltration mit einer 1%igen Cocainlösung. Das durchschnittlich angewandte Quantum Vaselin betrug 2—3 ccm. In einem 6. Falle kam es zu partieller Gangrän der Nasenrückenhaut. Diesen Mißerfolg legt W. hauptsächlich der vorherigen Injektion von Cocain zur Last und möchte aus diesem Grunde, sowie deswegen, weil nach seinen Erfahrungen die Cocaininfiltration den Widerstand erhöht und eine genaue Beobachtung der Stelle unmöglich macht, bis zu welcher die Vaselinablagerung vorgedrungen ist, von einem Gebrauche der vorherigen Cocaininjektion abraten.

Zu empfehlen sei ferner, zur Verhütung größerer Gewebsschädigung durch Kompression, besonders bei geringer Verschieblichkeit der Haut auf der Unterlage, auf einmal keine zu große Mengen Vaselin einzuspritzen, sondern die nötige Injektionsmasse auf mehrere Sitzungen zu verteilen.

Blauel (Tübingen).

36) **Teweles.** Ein Fall von Struma der Zungenwurzel.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 8.)

13jähriges Mädchen, das seit 4 Jahren mit hohler gequetschter Stimme mit nasalem Beiklang spricht und nachts schnarcht, weist auf der Zungenwurzel eine scharf abgegrenzte, kugelige, ziemlich derbe elastische Geschwulst von 5 cm Durchmesser und glatter Oberfläche auf. Dieselbe sitzt mit breiter Basis dem Zungengrunde auf. Es besteht zwischen ihr, den seitlichen Rachenwänden und dem Gaumensegel ein schmaler Spalt, die Epiglottis ist etwas nach hinten niedergedrückt. Schilddrüse von normaler Größe und Beschaffenheit.

Die von Gersuny vor der Operation gestellte Diagnose auf Zungenstruma wurde bestätigt. Die Zunge wurde weit vorgezogen, was anfangs schwer gelang. Nachdem die Geschwulst mit einem plötzlichen Ruck über den harten Gaumen gekommen war, ließ sich die Zunge unschwer so fixieren, daß der Kropf dicht hinter den Zahnreihen lag. Hierdurch waren die die Geschwulst versorgenden Gefäße derart komprimiert, daß von einer Präventivtracheotomie Abstand genommen wurde. Die Basis der Geschwulst wurde mit einem starken Seidenfaden umstochen, die Schleimhaut über ihr quer durchtrennt, die Geschwulst enucleiert und die Schleimhautränder durch Naht wieder vereinigt. Sehr geringer Blutverlust. Nach 3 Tagen war die anfänglich bedeutende Schwellung wieder zurückgegangen.

Das mikroskopische Bild war das einer echten Struma.

Es sind bislang 18 derartige Fälle beschrieben. **Hübener** (Dresden).

37) **W. Kassel.** Zur operativen Behandlung der angeborenen Gaumenspalte mit besonderer Rücksicht auf die funktionellen Erfolge.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

Bei 40 in der Breslauer Klinik operierten Fällen von angeborener Gaumenspalte wurden folgende Resultate erzielt:

Es wurden lückenlos geheilt 25 Fälle, fast geheilt 5 Fälle, nicht geheilt 4 Fälle.

Bezüglich des funktionellen Resultates ergaben sich folgende Zahlen:

Die Sprache wurde sehr gut 8mal, gut 8mal, sehr verbessert 10mal, wenig verbessert 9mal, nicht verbessert 4mal. Die Operation am harten Gaumen wurde in typischer Weise nach v. Langenbeck, bei der Operation am weichen Gaumen die Abmeißelung des Hamulus nach Billroth vorgenommen. Es wurde womöglich immer einseitig operiert. K. empfiehlt, die Operation im Alter zwischen 2 und 4 Jahren auszuführen. **Blauel** (Tübingen).

38) **N. Damianos und Alfred Hermann.** Tödliche Nachblutung nach Tonsillotomie. Bildung eines umschriebenen Gasabszesses nach subkutaner Gelatineinjektion.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 9.)

Der Überschrift wäre noch hinzuzufügen, daß es sich um einen 23jährigen Pat. handelte, der laut Anamnese zumindest eine Neigung zu Hämophilie besaß. Einige Stunden nachdem von privater Seite die Tonsillotomie mit dem Fahnestock'schen Tonsillotom ausgeführt war, wurde Pat. wegen starker Nachblutung auf die v. Mosetig-Moorhof'sche Abteilung aufgenommen. Wie die Obduktion ergab, war die Mandel vollständig entfernt, so daß der Schnitt in die Ebene der äußeren Tonsillarkapsel fiel, wo die Stämmchen der Tonsillararterien noch ungeteilt verlaufen und bei einer Verletzung besonders ungünstige Verhältnisse für die Blutstillung bieten.

Eine eingehende Darlegung der anatomisch-topographischen Verhältnisse und kritische Besprechung der in den letzten 60 Jahren publizierten 150 derartiger Fälle (73 Literaturnummern) macht die Mittheilung besonders instruktiv.

Hübener (Dresden).

39) **G. B. Wood.** Anomalous position of the common carotid, visible in the pharynx.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. September.)

Gelegentlich einer Nasen-Rachenuntersuchung fand sich bei einem 5jährigen Mädchen, abgesehen von einer Rhinitis atrophicans, an der rechten hinteren Rachenwand ein bleistiftdickes, pulsierendes Gefäß.

Um welche Arterie es sich handelt, kann natürlich nur vermutet werden. Es kann sein: a. eine Vergrößerung der verlagerten Carotis int. bei Fehlen der Carotis ext.; b. eine abnorm starke Pharyngea ascendens, welche kompensatorisch die fehlende Carotis ext. ersetzt.

Da die Temporalis jedoch gut ausgebildet ist, muß auch eine Carotis ext. vorhanden sein. Verf. kommt deshalb unter Berücksichtigung der anatomischen Lehrbücher von Morris, Quain, Deaver zu der Ansicht, daß das Gefäß eine Fortsetzung des gemeinsamen Carotidenstammes nach oben darstelle.

An die klinische Bedeutung dieser Gefäßanomalie, an die Gefahren bei gleichzeitigen Retropharyngeal- und Tonsillarabszessen in derartigen Fällen wird erinnert.

Bender (Leipzig).

40) **Harmer.** Klinik der Ösophagoskopie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. Nr. 35 u. 36.)

In der vorliegenden Mitteilung ist das Material der Chiari'schen Klinik verarbeitet, das sich in einem 10monatlichen Zeitraum auf 50 Fälle beläuft.

Es gelangen ausschließlich die geraden Rohre von v. Mikulicz zur Anwendung; der Gebrauch von gegliederten (Stoerk, Kelling) wurde fallen gelassen, da die Einführung der letzteren eine »viel schwierigere und kompliziertere, auch gefahrvollere ist, wie die des geraden starren Rohres und in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen überhaupt nicht gelingt«. Nach H. mag zugegeben werden, daß zuweilen das gegliederte Instrument von Kelling da eingeführt werden kann, wo das gerade versagt (Gottstein), doch trat dieses Ereignis bei den 50 Chiari'schen Fällen niemals ein. Die Einführung des Rohres geschieht immer in sitzender Stellung des Pat. bei starker Rückwärtsbeugung des Kopfes, die Untersuchung in Rückenlage. Zum Ansaugen größerer Flüssigkeitsmengen dient die Killian'sche Speichelpumpe, als Beleuchtungsapparat auch hier das Leiter'sche Panelektroskop; doch kommt man im Notfall mit einem Stirnglühlämpchen oder Stirnreflektor und Auerlicht aus. Wenn möglich, soll die Untersuchung am nüchternen Pat. ausgeführt werden und eine Cocainisierung (20 %) der Aryknorpel und beider Sinus pyriformes vorangehen. Andere Gegenden zu bepinseln ist überflüssig.

Jeder ösophagoskopischen Untersuchung geht eine solche mit möglichst dicken (Blei-) Sonden vorauf.

Von den 50 Kranken kamen wegen Fremdkörpern 23, wegen Karzinom 11, wegen Narbenstriktur 5, wegen Verletzungen 3, wegen anderer Erkrankung 4 zur Untersuchung; in 4 Fällen war keine bestimmte Diagnose zu stellen.

A. Fremdkörper. Von den 23 Fällen wurde in 13 wirklich ein Fremdkörper gefunden, 6mal in der normalen Speiseröhre, 7mal in Strikturen steckend, darunter auffallenderweise keinmal ein Gebiß.

B. Verletzungen. In allen 3 Fällen handelte es sich nur um unbedeutende und folgenlose Erosionen und Risse von herabgeglittenen Fremdkörpern.

C. Karzinom. Verschiedenartige Bilder, in 3 Fällen war nur eine starre Wandinfiltration, keine Geschwulst, kein Geschwür nachzuweisen. In den anderen 8 Fällen, 2mal durch Probeexzision bestätigt, sicherstellender Befund. In einem Falle wurde nach geringfügiger Verletzung der Ösophaguswand ein Hautemphysem erzeugt, das am Tage nach der Untersuchung auftrat und die linke Gesichts- und Halsseite einnahm.

D. Alle 5 Fälle von Narbenstrikturen waren durch Laugenverätzung entstanden. Der Zweck der Ösophagoskopie, die Ursachen der erschwerten Bougiebehandlung aufzuklären, wurde nicht in allen Fällen erreicht.

E. 3 Fälle, die in das Gebiet der motorischen Neurosen (Kardiospasmus, Ösophagospasmus) gehören. Ein Fall, in welchem eine Divertikelbildung im untersten Speiseröhrenabschnitt oder im Magen angenommen werden mußte.

F. Unaufgeklärte 4 Fälle. Vielleicht handelte es sich bei einem um Narbenstriktur nach ulcerösen Prozessen, in einem zweiten um beginnendes Karzinom.

Hübener (Dresden).

41) J. Marsh. Congenital absence of the entire oesophagus with report of a case.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. August.)

Vollständiges Fehlen der Speiseröhre ist einschließlich vorliegenden Falles nur 5mal beobachtet worden. Die Diagnose ist stets leicht: bei dem ersten Nährversuch treten Erstickungsanfälle, Cyanose, Husten, Entleerung der Milch durch Nase und Mund auf. Dieser Vorgang wiederholt sich bei jedem neuen Versuch; bald hören Darmperistaltik und Urinsekretion auf, der Tod erfolgt durch Entkräftung oder Schluckpneumonie, wie auch in diesem Falle.

Sektion: das obere Ende der Speiseröhre endigte blind am oberen Brustbeinrand, das untere am Zwerchfell; dazwischen fanden sich in Ausdehnung von 2 Zoll nur fibröse Stränge.

Nährklystiere, event. Gastrostomie können versucht werden.

Bender (Leipzig).



42) **Carl v. Eicken.** Ein Sarkom der Speiseröhre.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 380.)

Leidensgeschichte eines 39jährigen Arztes, der, nachdem er monatelang teils Karlsbader und Homburger Mineralwasser, teils starke Kochsalzauflösungen zu sich genommen hatte, zunächst an Nasenbluten und Unterleibskolikschmerzen, dann aber auch an Schmerzen in der Speiseröhre beim Schlucken erkrankte. Prof. Kilian (Freiburg) fand im November 1901 beim Sondieren der Speiseröhre einen leicht zu überwindenden Widerstand ca. 36 cm von der Zahnreihe, woselbst der Sitz der Schmerzen und eine pseudomembranartige, ulcerierte, leicht blutende Bildung zu sehen war. Es folgte im Dezember Fieber, Salivation nebst großen Schluckbeschwerden, Schmerzen, Schlaflosigkeit. Vorübergehende Besserung bei Rektalernährung. Eiterentleerungen mit Erleichterungssymptomen ließen an einen Abszeß denken; Flüssigkeiten konnten zeitweise gut geschluckt werden. Dann wieder Stenosenerscheinungen, hohes Fieber, erneute putride Eiterabgänge, sowie Auswürgung nekrotischer Gewebsfetzen und blutigen Eiters im Januar und Februar, auch reine Blutungen per os. Dem allgemeinen Verfall durch unzulängliche Ernährung konnte die von Kraske noch vorgenommene Gastrostomie nicht abhelfen, und erfolgte der Tod Ende Februar. Die Sektion zeigte in der Speiseröhre 20 bis 23 cm vom Rachen eine vorgeschrittene Phlegmone zwischen Mukosa und Muskularis, ein faustgroßes Blutcoagulum enthaltend, und die hierdurch weit abgehobene Schleimhaut durch ein talergroßes und mehrere kleine Löcher perforiert. Als Ausgangspunkt fand man bei der mikroskopischen Untersuchung des gehärteten Präparates ganz unerwartet ein mischzelliges Sarkom zwischen Mukosa und Muskularis, welches makroskopisch als ein Einschiebsel zwischen genannten Schichten von markiger Beschaffenheit und weißlicher Farbe sichtbar gewesen war.

Die Speiseröhrensarkome sind recht selten, bislang nur in 13 Fällen, mit denen v. E. den seinigen vergleicht, beobachtet. Zwei mikroskopische Abbildungen und ein Literaturverzeichnis von 12 Nummern sind v. E.'s Arbeit beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

43) **L. Teleky.** Beiträge zur mechanischen und medikamentösen (Thiosinamin-) Behandlung der narbigen Speiseröhrenverengerungen.
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 8.)

Auf Veranlassung von Alexander Fraenkel hat Verf. an 3 Fällen von narbiger Ösophagusstenose mit günstigstem Erfolge sich der narbenauflockernden Wirkung des Thiosinamins bedient. Es wurden subkutane Injektionen unter die Rückenhaut vorgenommen, und zwar alle 2—3 Tage bei Erwachsenen 5—10, bei Kindern 2—3 Teilstriche einer 15%igen Thiosinaminlösung injiziert. Die an sich nicht bedeutenden Schmerzen verschwinden in wenigen Minuten.

1) Im ersten Falle handelte es sich um eine 31jährige Frau mit einer 25 Jahre bestehenden ziemlich hochgradigen Narbenstriktur der Speiseröhre. Pat. erhielt, nachdem sie $^3/_4$ Jahr erfolglos bougiert war, 10 Injektionen. Während der Injektionsbehandlung wurde nicht bougiert. Völlige Heilung. Die ösophagoskopische Untersuchung ergab, daß an Stelle der vorher konstatierten Narbe ein elastischer Ring saß. Die Speiseröhrenwand war an dieser Stelle nicht mehr gelblich wie früher, sondern graurötlich gefärbt. Seit der Heilung sind 2 Jahre verflossen.

2) Knabe von 28 Monaten mit 6 Monate alter Striktur erhält 6 Injektionen ohne Bougierung. Danach passiert Bougie Nr. 21 ($12^1/_3$ mm).

3) Bei einem $3^1/_2$jährigen Knaben, dessen Erkrankung erst 8 Wochen gedauert hatte, trat anfangs erhebliche Besserung ein (nach 5 Injektionen), doch verschlechterte sich bei weiterer Injektion der Zustand wieder, so daß mit der Thiosinaminbehandlung ausgesetzt und mit Gastrostomie und v. Eiselsberg'schem konischen Schlauch fortgefahren wurde.

Es wirkt das Thiosinamin am besten auf ältere und konsolidierte Narben ein; dieselben werden gelockert und erweicht. Dabei muß man sich indessen vor Augen

halten, daß das Präparat nicht selbst die Narben dehnt, sondern sie dehnbar und elastisch macht. Bei den Ösophagusstenosen bewirkt dies der herabgleitende Bissen. Jüngere Narben werden zwar auch zunächst gelockert, doch bei weiterer Anwendung zum Anschwellen gebracht, ganz junge Narben brechen unter der Einwirkung auch geringer Thiosinaminmengen wieder auf. Einen derartigen Fall erlebte Verf., als man bei einem 12 Tage zuvor gastrostomierten Manne unter dem günstigen Eindrucke des ersterwähnten Falles eine einzige Thiosinamininjektion gemacht hatte. Einige Stunden danach begann die Auflösung der jungen Narbe an der Gastrostomiestelle, so daß die Fistel inkontinent wurde. Tod an Pneumonie. Es hatte sich die untere Hälfte der Magenwand von der Bauchwand abgelöst.

Da die Thiosinaminwirkung sich unterschiedbar auf alle Narben des Körpers erstreckt, so ist Vorsicht geboten besonders hinsichtlich noch nicht lange vernarbter tuberkulöser Prozesse und bösartiger Geschwülste, da durch die Berstung der Lymphbahnen Metastasenbildung herbeigeführt werden kann.

Hübener (Dresden).

44) **E. Monnier.** Über Fremdkörper in den Luftwegen und die Bedeutung der Bronchoskopie bei solchen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

M. berichtet über 9 Beobachtungen von Fremdkörpern in den Luftwegen aus der Züricher Klinik. Es wurde 4mal die Tracheotomie mit Extraktion ausgeführt, einmal erfolgte die Expektoration spontan nach Ausführung des Luftröhrenschnittes, 2mal war auch nach Tracheotomie keine Extraktion möglich. Einmal wurde die Bronchoscopia inferior und einmal die Thorakotomie mit Erfolg ausgeführt.

3 Todesfälle waren zu verzeichnen; 2mal wurden dieselben durch Pneumonie, einmal durch Mediastinitis purulenta verschuldet.

Verf. bespricht die verschiedenen zur Anwendung gekommenen und die sonst noch in der Literatur empfohlenen Methoden zur Entfernung von Fremdkörpern aus den Luftwegen nach ihrer Brauchbarkeit. Die Bronchoskopie, die jüngste der Behandlungsmethoden, wird die anderen schweren Eingriffe immer mehr verdrängen. Für den Nichtspezialisten ist die Bronchoscopia inferior wegen ihrer leichteren Ausführung, die keine großen Ansprüche an die Technik macht, mehr zu empfehlen, als die obere Bronchoskopie. **Blauel** (Tübingen).

45) **v. Hacker.** Kontinuitätsresektion der Trachea und circuläre Naht.

(Aus der wissenschaftl. Ärztegesellschaft in Innsbruck. Sitzung v. 26. Okt. 1901.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 32.)

Das bei einem 21jährigen Manne, der eine hochgradige Narbenstriktur (nur für eine feine Knopfsonde durchgängig) infolge einer Verletzung besaß, angewandte Verfahren führte nach Heilung einer kleinen durch Durchschneiden einer Naht entstandenen Fistel in 6 Wochen zur völligen Heilung, so daß Pat. schwere Feldarbeit zu verrichten imstande ist. **Hübener** (Dresden).

46) **Treupel** (Freiburg i/Br.). Operative Behandlung gewisser Lungenerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 40.)

In dem mitgeteilten Falle eines 9jährigen Knaben, bei dem sich seit dem 4. Lebensjahre, vielleicht im Anschluß an eine Fremdkörperaspiration, eine umschriebene Verdichtung nicht tuberkulöser Natur und beginnende Schrumpfung mit Bronchiektasie im linken Unterlappen ausgebildet hatte, wurde, da der fade riechende eiterige Auswurf (frei von Tuberkelbasillen, reichlich Bakterium coli und Streptokokken), besonders in Bauchlage des Pat. in ziemlich großer Menge entleert, einem umschriebenen Herde zu entstammen schien, operativ vorgegangen. Resektion der 9.—7. Rippe links hinten; Pleurae ausgedehnt verwachsen; Probe-

punktionen ergebnislos. Einige Zeit später Thermokauterpunktur nach aufgetretenem Fieber und Einführung eines Gazestreifens in den Luft ausstoßenden Kanal. Nach 3 Tagen entleerte sich aus diesem Schleim und Eiter, der aus einer bronchiektatischen Höhle herrührte, worauf die Expektoration aufhörte. Allmählicher Schluß der Lungenfistel in 7 Wochen; Pat. sehr erholt; Heilung.

Kramer (Glogau).

47) **W. K. Trofimow.** Zur Kasuistik der primären Rippengeschwülste.

(Chirurgie 1902. August. [Russisch.])

Der 60 Jahre alte Landmann bemerkte die Geschwulst vor 1 Jahre. Links zwischen Axillar- und Skapularlinie eine 10×6×5 große Geschwulst, die von der 8. Rippe ausging und die 7. und 9. ergriffen hatte. Haut unverändert. Bei der Operation zeigte sie sich mit der Lunge verwachsen und wurde mit einer 1,5 bis 2 cm dicken Schicht des Lungengewebes entfernt; unten mußte auch ein Stück aus dem Zwerchfell entfernt werden, doch ohne Eröffnung des Bauchfelles. Die Pleuraeröffnung rief keine Störung in der Respiration und im Blutkreislauf hervor. Lungenblutung gering. Naht der Lungenpleura sowie der Pleura parietalis. Zuerst Symptome von Reizung der Pleura, Verschlimmerung der vor der Operation bestehenden Bronchitis. Am 4. Tage schwand der Pneumothorax. Nach 8 Monaten kein Rezidiv. Die Geschwulst erwies sich als Melanosarkom, unabhängig von Haut und Lunge, also primär in der Rippe entstanden. Der Fall wurde von Zöge von Manteuffel in Dorpat operiert. **Gückel** (Kondal, Saratow).

48) **J. J. Clarke.** A note on a painful condition of the twelfth pair of ribs.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 1.)

C. fand bei einem 17jährigen Dienstmädchen eine Vergrößerung der normalen Krümmung der Wirbelsäule. Diese vergrößerte Verkrümmung war fixiert, und änderte sich das Bild im Liegen nicht. Zugleich bestand beiderseits deutliche Hervortreibung der 12. Rippe, auf welche die Kleider drückten und heftigen Schmerz hervorriefen. Letzterer wurde dadurch dauernd beseitigt, daß von dem freien Ende jeder 12. Rippe ein aus Knorpel und Knochen bestehendes Stück reseziert wurde. **Herhold** (Altona).

49) **P. Stewart.** Case of paralysis of the cervical sympathetic.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 200.)

Verwundung eines Soldaten durch ein Mausergewehrgeschoß. Einschuß links im Nacken dicht hinter dem Warzenfortsatze, Ausschuß im 7. rechten Zwischenrippenraume in der Achsellinie. Folgen: Vorübergehende Hämoptoë und Lähmung des rechten Armes. Zurückblieben dauernd: Verengerung der rechten Lidspalte und der rechten Pupille, halbseitige Anhidrosis rechts im Gesicht, im Nacken und am oberen Brustteile bis zur 3. Rippe (Verletzung des Sympathicus).

Herhold (Altona).

50) **F. Treves.** Remarks on the surgical treatment of arteriovenous aneurysm.

(Brit. med. journ. 1902. Mai 10.)

T. berichtet über 4 einschlägige Fälle, welche alle die Folge von Verletzungen mit kleinkalibrigen Geschossen waren. 2mal handelte es sich um einen Varix aneurysmaticus, eine direkte Kommunikation zwischen Arterie und Vene, 2mal um ein Aneurysma varicosum, bei welchem die Kommunikation mittels eines Sackes statthatte.

Die Mortalität des Aneurysma arterio-venosum ist nicht annähernd so hoch als wenn die Arteria allein an der Sackbildung beteiligt ist. Gangrän ist selten und eine Ruptur ungewöhnlich. Indessen führt das Aneurysma arterio-venosum zu sehr starken funktionellen Störungen und Beschwerden, was namentlich dann sehr ausgesprochen erscheint, wenn die untere Extremität befallen ist. Das Idealheilverfahren besteht darin, Arterie und Vene oberhalb und unterhalb der Kommunikation zu unterbinden. Das ist indessen nicht immer durchführbar, aber auch

nach weniger vollständigen Operationen ist oftmals eine Heilung bezw. erhebliche Besserung der Symptome zu verzeichnen.

Das Aneurysma varicosum hatte einmal seinen Sitz an der Art. und V. femoralis am Ausgange des Hunter'schen Kanals, das andere Mal waren die Gefäße an der Teilungsstelle der A. poplitea verletzt. Im ersten Falle wurde die Arterie ober- und unterhalb der Kommunikationsstelle unterbunden, die Vene nur auf der proximalen Seite, der Kranke genas vollkommen. Im zweiten Falle bestand eine Kommunikation zwischen der Art. tibialis postica einerseits und Vena tibialis postica und antica andererseits. Art. und Ven. tibialis postica wurde ober- und unterhalb der Verbindungsöffnung unterbunden, ebenso die V. tibialis antica, doch verursachte es Schwierigkeiten, das distale Ende des Gefäßes zu finden. Auch hier war die Heilung eine völlige.

Ein Varix aneurysmaticus entwickelte sich im Anschluß an eine Gefäßverletzung an der Abgangsstelle der Art. profunda femoris. Die Art. femoralis wurde ober- und unterhalb des Abganges der Art. profunda unterbunden, wodurch die Pulsation in dem Gefäßkonvolut sofort schwand. Die A. profunda konnte wegen der äußerst stark erweiterten Venen nicht zu Gesicht gebracht werden. Die Venen wurden sämtlich geschont. Anfänglich waren alle Symptome behoben, doch kehrte 3 Wochen nach der Operation über einer kleinen Gefäßpartie das Sausen und Schwirren wieder, ohne daß die Besserung der Funktion dadurch beeinträchtigt worden wäre.

Bei dem 4. Falle handelte es sich um eine Verletzung des Halses. Das Geschoß war oberhalb des rechten Kieferwinkels eingetreten, hatte den Mundboden durchschlagen, ohne daß der Unterkiefer frakturiert worden wäre, und war schließlich an der 2. linken Rippe ausgetreten. Schon in der Nacht nach der Verletzung wurde der Verwundete durch ein starkes Geräusch gestört, und dadurch die Gefäßverletzung schon 24 Stunden später manifest. 8 Monate später bestand eine sehr beträchtliche Ausdehnung der Vena jugularis externa. Ein schwammiges pulsierendes Gebilde, offenbar aus dilatierten Venen bestehend, fand sich über dem Kieferwinkel. Die rechte Gesichtshälfte war blaurot verfärbt. Es bestanden lebhafte Kopfschmerzen, Neuralgien in der rechten Gesichtshälfte, sowie Schwindelgefühl. Starkes Ohrensausen nahm beim Liegen zu und raubte dem Kranken den Schlaf. 9 Monate nach der Verletzung wurde der Mann operiert, die Teilungsstelle der Carotis wurde freigelegt. Die Gefäßkommunikation konnte nicht aufgefunden werden. Durch Unterbindung der A. carotis externa, thyreoidea sup. und facialis wurde die Pulsation in dem erweiterten Venenbündel aufgehoben, und eine Zeitlang war der Kranke von seinen Beschwerden befreit. Allmählich kehrten die Symptome jedoch wieder, und 5 Monate nach der Operation waren wieder alle Anzeichen eines Aneurysma arterio-venosum vorhanden. Bei der abermaligen Operation wurde hinter dem Kieferwinkel ein Bündel stark dilatierter Venen gefunden. Der Sitz der Verletzung war nicht zu finden, konnte ohne Kieferresektion nicht zugänglich gemacht werden. Letztere erschien wegen der Blutung zu gefährlich, und deshalb begnügte sich T. damit, die Blutzufuhr nach Möglichkeit abzuschneiden durch Unterbindung der A. carotis externa proximal vom Ursprung der A. maxillaris interna, der A. temporalis, occipitalis und lingualis. Darauf schwanden die Symptome bis auf eine geringe Venenerweiterung am Kieferwinkel und am Orbitalrande vollständig. **Weiss** (Düsseldorf).

Berichtigung.

Herr Dr. de Quervain bittet die Redaktion im Einverständnis mit Herrn Prof. Kocher zu bemerken, daß der auf p. 38 des Zentralblattes vom 10. Januar erwähnte Fall nicht, wie dort irrtümlich angegeben ist, ihm, sondern Herrn Prof. Graser angehört, der seinerzeit selber darüber in Nr. 47 d. Zentralblattes 1902 p. 1216 berichtet hat. Die Redaktion.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. **Sonnabend, den 7. Februar.** **1903.**

Zur Frage der Sauerstoff-Chloroform-Narkose.

Von

Dr. **C. Lauenstein,**

Oberarzt des Hafenkrankenhauses, dirig. Arzt der chirurg. Abteilung der Diakonissen- und Heilanstalt Bethesda zu Hamburg.

Seit vorigem Sommer verwenden wir im Hafenkrankenhause die Sauerstoff-Chloroform-Narkose mittels des Apparates von Dräger-Roth, bewogen durch die bis dahin vorliegenden günstigen Mitteilungen über dieses Verfahren. Wir verhehlten uns von vornherein freilich nicht, daß, wenn wirklich der Sauerstoff belebende Eigenschaften besitzt, seine Anwendung zusammen mit dem Chloroform vielleicht die betäubende Wirkung desselben hemmen würde. Es ist mir auch nach unseren bisherigen Erfahrungen noch nicht sicher erwiesen, ob nicht doch eine hemmende Wirkung von dem in dieser Weise applizierten Sauerstoff ausgeht. Denn trotz der so überaus genauen Dosierung des zugeführten Chloroforms, wie man sie mit

diesem Apparate erreichen kann, haben wir nicht bemerkt, daß die Narkose rascher als mit der einfachen Tropfmethode eintritt. Wir hielten es aber doch, wie gesagt, für angezeigt, auf Grund der vorliegenden Empfehlungen, unsere Patienten im Hafenkrankenhause, unter denen viele Alkoholisten sind, der möglichen Vorteile dieser neuen Anwendung des Chloroforms teilhaftig werden zu lassen.

Jedoch bin ich in meiner Tätigkeit in der chirurgischen Abteilung von Bethesda, wo ich vorwiegend Frauen behandle, bei der einfachen Tropfmethode geblieben. So habe ich durch einige Monate hindurch täglich beide Anwendungsarten unmittelbar miteinander vergleichen können. Es sind in beiden Hospitälern je etwa 120 Narkosen in demselben Zeitraume vorgekommen. In beiden ist ein Todesfall nicht zu verzeichnen gewesen. Auch schwerere Störungen der Narkose sind weder hüben noch drüben vorgekommen. Es hat sich bei der Dräger-Roth'schen Anwendungsweise im Hafenkrankenhause als zweckmäßig erwiesen, daß der Chloroformeur Maske und Tropfglas nicht zu halten braucht, und daß er seine ganze Aufmerksamkeit dem Pulse, den Veränderungen der Pupillen und der Respiration zuwenden kann. Die sichere Dosierung des zugeführten Chloroforms wurde ferner als Annehmlichkeit empfunden. Die Metallmaske erwies sich insofern als praktisch, als sie bei Operationen im Gesicht und am Kopfe weniger stört, als die Stoffmaske, und daß für Operationen am Munde die Form der Nasenmaske günstig ist. Daß die Maske sicher sterilisiert werden kann, muß ebenfalls als Vorteil hervorgehoben werden. Auch erschien das »Respirationsplättchen« zur Kontrolle der Atmung als zweckmäßig.

Als ein Nachteil der Maske muß genannt werden, daß sie dem Kranken das Zählen nicht gestattet, und daß man daher nicht so präzise orientiert ist über die einzelnen Phasen des Schwindens des Bewußtseins. Doch ist man mit dem Ablauf der Chloroformnarkose ja so vertraut, daß ich auf diesen Punkt kein besonderes Gewicht legen möchte.

Als ein fernerer Nachteil sei hier genannt, daß die Maske manchmal drückt, eine Folge des starren Materials und der Notwendigkeit, sie möglichst genau dem Gesichte anzufügen. Dieser Mißstand würde sich jedoch leicht heben lassen durch Vorrätighalten mehrerer Modelle und durch eine Belegung des Randes mit geeignetem, anpassungsfähigem Material (Filz, Gummi etc.).

Nach der Veröffentlichung der vor wenigen Tagen erschienenen Arbeit von Dr. L. Michaelis: »Über die Chemie der Sauerstoff-Chloroform-Narkose[1]« haben wir jedoch aufgehört, unsere Kranken mit Hilfe des Dräger-Roth'schen Apparates zu narkotisieren, sind vielmehr im Hafenkrankenhause wieder zu der seit 22 Jahren geübten einfachen Tropfmethode zurückgekehrt.

---

[1] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. Hft. 1 u. 2.



Man könnte vielleicht sagen, daß eine einzige derartige Mitteilung noch nicht genügend sei, zum Ablassen von dieser neuen Methode, mit der bisher noch kein Unglück passiert ist, zu bestimmen. Aber ich meine doch, daß wir unter allen Umständen das Wohl unserer Kranken in erster Linie im Auge haben müssen und verpflichtet sind, sie auch vor möglichem Schaden zu bewahren. Es ist ein großes Vorrecht des Arztes, daß er den Kranken mit seiner Zustimmung narkotisieren darf, legt aber auf der anderen Seite eine große Verantwortung auf. Bei einem Unglücksfalle durch Chloroform ist eine der ersten Fragen, die der chloroformierende Arzt zu beantworten hat, die nach der Beschaffenheit des verabreichten Chloroforms.

Aus der Michaelis'schen Mitteilung geht unzweifelhaft, wenn auch vorbehaltlich der Bestätigung von anderer Seite, soviel hervor, daß das mit dem Dräger-Roth'schen Apparate dem Pat. zugeführte Chloroform je länger, desto mehr zersetzt wird. Wir halten uns danach nicht mehr für berechtigt, unsere Kranken mit diesem Apparate zu chloroformieren.

Man wird abwarten müssen, ob der in Aussicht gestellten Umgestaltung des Apparates Dräger-Roth, bei der das Chloroform tropfenweise in den Sauerstoffstrom fallen soll, nicht ebenfalls die Gefahr der Chloroformzersetzung anhaftet. Bis diese Frage endgiltig entschieden sein wird, erachten wir es für unsere Kranken für weniger riskant, ihnen mittels der einfachen Tropfmethode reines Chloroform, entsprechend der bisher bestehenden unabweislichen Forderung, zu verabreichen.

Wir sind der Meinung, daß nach der Michaelis'schen Mitteilung über die Einwirkung des Sauerstoffes auf das Chloroform es gleichfalls eine schwere Verantwortung für den Chirurgen einschließen würde, mit dem »Tropfapparat Dräger-Roth« zu narkotisieren. Mutatis mutandis besteht offenbar die Gefahr der Chloroformzersetzung für den Kranken unverändert fort. Das eine Mal wird der Sauerstoff durch das Chloroform geleitet, das andere Mal der Chloroformtropfen vom Sauerstoffstrome mitgerissen und verflüchtigt dem Kranken zugeführt. Soviel man einstweilen übersehen kann, liegt der Unterschied der Umgestaltung des Apparates zunächst nur darin, daß das in der Tropfflasche zurückbleibende Chloroform der Einwirkung des Sauerstoffes entzogen bleibt. Dies ist aber für die Frage der Gefährdung des Kranken durch zersetztes Chloroform ein ganz unwesentlicher Punkt.

Hamburg, 23. Dezember 1902.

---

1) **M. Goodridge.** Entrance of air into the veins, and its treatment.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. September.)

Auf der Thatsache fußend, daß der Tod bei Lufteintritt in Venen nicht durch primäre Stauungslähmung, sondern durch Ausdehnung des rechten Ventrikels durch Luftblasen eintritt, stellte sich Verf. die Aufgabe, die Luft wieder aus dem Herzen zu entfernen und so das Leben zu retten. Es gelang ihm, mehrere Hunde, welchen er Kochsalzlösung mit Luftblasen in größeren Mengen in die Schenkelvene injiziert hatte, dadurch am Leben zu erhalten, daß er mittels Spritze das mit Luft vermischte Blut aus dem rechten Ventrikel aussaugte; gleichzeitig wurde künstliche Atmung und Kochsalzinfusion angewendet.

Es wird empfohlen, diese Versuche in bedrohlichen Fällen am Menschen anzuwenden. Bei Verletzung einer Vene und Luftaspiration ist sofort Digitalkompression, darauf Anfüllen der Wunde mit Kochsalzlösung vorzunehmen; im Gefäß enthaltene Luftblasen steigen dann in der Lösung auf. Tritt jedoch stürmische Herzthätigkeit und krampfhafte Atmung ein, so soll im linken vierten Zwischenrippenraum, ein Zoll vom Brustbeinrande entfernt, eine Nadel nach oben und hinten in den rechten Ventrikel eingestochen und aspiriert werden; später Kochsalzinfusion, am besten in die V. basilica.

Bender (Leipzig).

---

2) **L. Talke.** Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der infektiösen Thrombose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Verf. prüft experimentell die Frage, welche Rolle die pathogenen Mikroorganismen bei in der Nähe von Gefäßwänden sich abspielenden Entzündungs- und Eiterungsprozessen ausüben. Speziell kam es darauf an, festzustellen, ob durch Anlegung eines Infektionsherdes in der Nähe einer Gefäßwand eine Thrombose sich in dem Gefäße erzielen ließ, und wie sich hierbei die pathogenen Mikroorganismen verhielten.

Es wurde bei Katzen, Hunden und Kaninchen insgesamt an 44 Gefäßen, 13 Arterien und 31 Venen, so verfahren, daß unter sorgfältiger Vermeidung irgend einer Schädigung der Gefäßwand und kleinerer abgehender Äste Bröckel von Staphylokokkenreinkulturen in der unmittelbaren Nähe der Gefäßwand deponiert wurden. Die Haut wurde genäht und dann nach gewissen Zeitabschnitten (9 bis 74 Stunden) der betreffende Gefäßabschnitt dem getöteten Tiere entnommen.

Die Resultate gestalteten sich folgendermaßen: 33mal wurde Thrombose beobachtet, 11mal blieb dieselbe aus. In 15 Thromben waren die im Experimente eingebrachten Kokken nachweisbar, in den übrigen 18 waren keine Kokken vorhanden. Es ließ sich mit

absoluter Sicherheit nachweisen, daß die jüngeren Thromben weit seltener schon Kokken enthielten als die älteren, bei denen das Vorhandensein bedeutend regelmäßiger konstatiert wurde.

Aus der Tatsache, daß Thrombenbildung vorhanden war, ohne daß Kokken sich in der Intima oder auch nur in der innersten Schicht der Media fanden, geht hervor, daß die Ursache der Thrombose nicht auf einer direkten Berührung der Bakterienleiber mit dem strömenden Blute beruht, sondern daß das Vorhandensein der Kokken erst indirekt, durch Hervorrufung entzündlicher Veränderungen, eine Thrombose bewirkt. **Blauel** (Tübingen).

---

3) v. Baracz. Über die Aktinomykose des Menschen auf Grund eigener Beobachtungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

v. B. hat in 16 Jahren ein großes Material von Aktinomykosefällen — im ganzen 60 Pat. — beobachtet und darunter viele Fälle, welche zur Aufklärung der Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der Krankheit, sowie zur Morphologie des Strahlenpilzes interessante Beiträge liefern. Die Einteilung der ganzen äußerst lehrreichen Monographie ist eine sehr übersichtliche, die Fälle sind nach der Lokalisation voneinander abgetrennt. Was zunächst die Hals- und Kopfaktinomykose betrifft, so wird die Behauptung zurückgewiesen, daß kariöse Zähne als Eintrittspforte zu beschuldigen seien. Gelockertes Zahnfleisch und kariöse Zähne mögen allerdings das Eindringen des Pilzes in den Organismus begünstigen; doch ist die Mundschleimhaut selbst die Eintrittspforte, wie die Aktinomykose des Rindes beweist, bei welchem die Zähne immer gesund sind, die Mundschleimhaut dagegen mit dem kranken Knochen kommuniziert und oft Getreidegrannen enthält. Aber weiter beweisen auch 13 eigene Fälle vom Menschen, daß bei der Aktinomykose der Wange und des Halses der Strahlenpilz durch die buccale Schleimhaut mit pflanzlichen Fremdkörpern eindringt. Die Beteiligung des Knochens war stets eine sekundäre und kann eine periphere oder zentrale sein. Die letztere ist sehr selten und wird ihrerseits wieder in die durchbohrende Form und die Neubildungsform geschieden. Bei der Aktinomykose im Bereiche des Oberkiefers ist dieser selbst nie angegriffen im Gegensatze zu dem dabei häufig erkrankten Jochbogen. Die Halsaktinomykose ist stets die Fortsetzung des Leidens von der buccalen Schleimhaut. Erwähnt sei auch die Beobachtung eines seltenen Falles von Lippenaktinomykose mit klar zutage tretender Ätiologie. Die Inkubationsdauer des Leidens beträgt zwei bis mehrere Wochen, manchmal auch mehrere Monate. Bei der Therapie der Halsaktinomykose ist erwähnt, daß die Zahnextraktion meistenteils entbehrlich ist, und daß die Fälle auch ohne diesen Eingriff heilten. Warm empfohlen wird die lokale Behandlung mittels parenchymatöser Einspritzungen von Jodtinktur und 20%iger Höllensteinlösung.

Diese unblutige Therapie eignet sich besonders dort, wo es sich um den kosmetischen Effekt handelt, wo die Pat. auf Operationen sich nicht einlassen wollen und ferner als Hilfsmittel für die Nachbehandlung nach chirurgischen Eingriffen. Über innerliche Jodkalidarreichung hat v. B. wenig und keine gute Erfahrung.

Die Zungenaktinomykose tritt in Gestalt von erbsen- bis haselnußgroßen Knötchen auf, welche scharf vom übrigen Zungenparenchym getrennt sind. Oft kommt sie auch in Form eines diffusen Abszesses zum Vorschein und macht Schling- und Sprachstörungen. Die Infektionsweise ist ebenfalls diejenige durch Getreidepartikel. Differentialdiagnostisch kommt Gumma, Abszeß, Glossitis phlegmonosa und Karzinom in Betracht. Die Therapie kann in einfacheren Maßnahmen, wie Inzision und Auskratzung, aber auch in Keilexzision und halbseitiger Zungenamputation bestehen, je nach Lage des Falles. Meist wird man mit den einfacheren Maßnahmen auskommen.

Bei der Lungenaktinomykose kann die Infektion auf 2 Wegen erfolgen, entweder von der Speiseröhre her als sekundäre Lungenerkrankung, oder durch Aspiration von der Luft durch die Bronchien als primäre Lungenaktinomykose; in beiden Fällen jedoch vermitteln pflanzliche Fremdkörper die Infektion, und zwar am häufigsten Getreidegrannen. Nach Karewski unterscheidet man 3 Stadien der Lungenaktinomykose. Im 1. Stadium entstehen peribronchitische und pneumonische Herde, die unter nekrotischer Einschmelzung größere und kleinere Herde bilden. Das 2. Stadium äußert sich durch das Fortschreiten des Prozesses auf die Lungenoberfläche. Retrecissement und pleurale Exsudate sind die Hauptmerkmale dieser Periode. Im 3. Stadium kommt es zum Aufbruche der Schwellungen der Brustwand, welche sich unterdessen gebildet haben, und zu Abszessen und Fisteln. Das Bild der chronischen Septikopyämie beschließt endlich die Krankheit. Die Diagnose kann sehr schwierig sein, besonders in der ersten Zeit. Das Fehlen der Tuberkelbazillen, das Auffinden von Aktinomyces im Auswurfe leiten event. auf die richtige Spur. Die Entstehung des primären Herdes in der Speiseröhre kann häufig verborgen bleiben, da er keine Beschwerden macht und bei Sektionen oft schon längst verheilt sein kann. Verwechslungen sind möglich mit Sarkomen, Osteosarkomen der Schulterblätter, der Rippen, des Brustbeines, mit Lungenkarzinom und Echinokokkuscysten, ferner auch mit spondylitischen Prozessen. Die Prognose ist die traurigste von allen Lokalisationen des Strahlenpilzes, welcher hier fast immer so lebenswichtige Organe einnimmt, daß von chirurgischer Behandlung meist keine Rede sein kann. Nach der heutigen Erfahrung wäre die Lungenaktinomykose nur symptomatisch zu behandeln. Nur beim Fortschreiten des Leidens auf den Brustkorb wären kleinere oder größere Eingriffe angezeigt, je nach dem Sitze und der Erreichbarkeit der Herde. Roborantien, innere Darreichung von Jodkali und Gebirgsaufenthalt sind event. zu empfehlen. Viel-

leicht darf man sich auch von intravenösen Einspritzungen von Argentum colloidale Credé und von einer energischen Schmierkur mit der 15%igen Silbersalbe desselben Autors Erfolg versprechen, da diese Mittel bei einer Reihe anderer Infektionsprozesse dem Verf. schon gute Dienste geleistet haben.

Die Darmaktinomykose bietet einen äußerst chronischen entzündlichen Prozeß dar, welcher einerseits mit reichlicher Gewebsneubildung, andererseits mit reichlicher Gewebseinschmelzung einhergeht. Zunächst lokalisiert sich die Erkrankung auf der Schleimhaut, es bilden sich dann knotenförmige muköse und submuköse Herde, die zur Ulceration führen; erst später gelangt der Prozeß auf die Serosa; in anderen Fällen durchwandert der Pilz die Darmwand und erreicht frühzeitig das Bauchfell. Ob die Infektion auch vom Urogenitalapparate oder von den Bauchdecken aus erfolgen kann, ist zweifelhaft. Klinisch unterscheidet man 3 Stadien der Unterleibsaktinomykose, das latent verlaufende Initialstadium, das Stadium der Geschwulstbildung und das der Fistelbildung. Meist kommen die Pat. erst in dem letzteren zur Behandlung. Die Ausbreitung der Krankheit geschieht entweder durch die Blutbahn oder per continuitatem. Leber, Nieren, Lungen können metastatisch erkranken, so daß manche Fälle unter dem Bilde der chronischen Pyämie verlaufen. Große Eingriffe mit Darmresektionen sind zu verwerfen, da die Bloßlegung der erweichten Herde ohne Anrühren der Geschwülste und die Behandlung mit antiseptischen Mitteln völlig zur Heilung ausreichen. Die Operationen müssen in sehr vielen Fällen wiederholt werden, da oft Rezidive auftreten. Jodkali beeinflußt die Bauchaktinomykose nur wenig. Bei tiefer gelegenen Herden wären parenchymatöse Einspritzungen von Jodtinktur, Höllensteinlösungen oder anderen Silberpräparaten angezeigt.

Was die Eigenart des Pilzes betrifft, so gehören die keulenartigen Gebilde nicht zu dem integralen Bestandteil desselben. Sie müssen als Degenerationsformen betrachtet werden und bilden sich meist im späteren Stadium der Krankheit. Die zuweilen mit den typischen dünnen Fäden vorkommenden dicken, dornkranzartigen Fäden gegehören wahrscheinlich zum Pilzverbande und sind wohl auch Degenerationsformen, keine andere Bakterienart. Die Übertragbarkeit der Aktinomykose vom Menschen auf den Menschen oder das Tier und umgekehrt darf als ausgeschlossen angesehen werden. Prophylaktisch dürfte der Kontakt mit getrockneten Getreidegrannen, Stroh, das längere Verweilen in Räumen, wo staubförmig zerteilte Getreide oder Strohpartikel die Luft überfüllen, gemieden werden. Event. müssen in solchen Räumen Respiratoren Anwendung finden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

4) **W. Hirt.** Über nervöse Irradiationen im Gebiete der Harnorgane.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 40.)

H. bespricht die Fernwirkungen, welche von anderen Organen auf die Harnwege ohne nachweisbare anatomische Veränderungen in diesen ausgeübt werden, sowie diejenigen, welche die erkrankten Harnorgane auf die gesunden übrigen Organe des Körpers hervorrufen. Aus der ersteren Gruppe seien nur erwähnt, die Harnverhaltung nach operativen Eingriffen am Mastdarm, am Peritoneum, an den unteren Gliedmaßen etc., nach Erkältungen. Von größerer Bedeutung sind die von den Harnorganen selbst ausgehenden Fernwirkungen, weil die Verkennung dieses Zusammenhanges zu diagnostischen und prognostischen Irrtümern führen kann. Hierher gehören u. a. die bei Harnleiden zu beobachtenden Verdauungsbeschwerden, das Erbrechen, die reflektorische, krampfhafte, einseitige Kontraktion der Bauchdecken bei Harnleiter- und Nierenerkrankung (Stein, Eiterung etc.), die von einem Harnorgane auf das andere ausgehenden Fernwirkungen sensibler, motorischer und vasomotorischer Art. H. erinnert hierbei besonders an die bei Nierentuberkulose beobachteten Blasensymptome (die gesteigerte Miktionshäufigkeit, die Schmerzen beim Wasserlassen, das Harnträufeln, zumal zur Nachtzeit und bei weiblichen Kranken, die am Schlusse der Miktion auftretenden Blutungen), die bei entzündlichen Nierenerkrankungen und bei Nierenverletzungen vorhandenen Schmerzausstrahlungen auf die anderen Harnorgane, und weist ferner auf die von den Harnleitern, der Blase, Prostata, Harnröhre ausgehenden Irradiationen hin.

Kramer (Glogau).

---

5) **F. Taussig.** Über die postoperative Harnverhaltung und deren Folgen. (Aus dem k. k. Kaiserin Elisabeth-Krankenhause in Wien.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 40.)

Die Mitteilungen T.'s betreffen die nach gynäkologischen Operationen auftretende Harnverhaltung, welche Verf. bei den Totalexstirpationen des Uterus auf die mehr oder weniger ausgedehnte Ablösung der Blase von ihrer Umgebung und die ausgiebige Entfernung der Parametrien zurückführt, in denen dem Plexus vesicalis angehörende Ganglien und Nerven liegen. Er weist sodann darauf hin, daß die bei solcher Harnverhaltung leicht auftretende Cystitis nicht nur durch den Katheterismus, sondern auch durch Eindringen von Bakterien vom Darme oder der vaginalen Wundhöhle in die Blase bedingt sein kann; in einem derartigen Falle, in welchem nicht katheterisirt worden war, wurden allein Kolibakterien gefunden.

Für die Behandlung der Cystitis erwiesen sich antiseptische Blasenspülungen als am besten; Urotropin half nicht immer und fast nie bei den mit reichlichem Eiter- und Epithelzellensediment einher-

gehenden schweren Formen. Im allgemeinen war der Verlauf ein günstiger.

Kramer (Glogau).

---

6) **v. Frisch.** Adrenalin in der urologischen Praxis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 31.)

Dem Verf. bewährte sich eine Injektion von 100—150 ccm einer Adrenalinlösung von 1 : 10000, die 3—4 Minuten in der Blase belassen wurde, bei der cystoskopischen Untersuchung solcher Fälle von Hämaturie, in welchen durch die vorbereitenden Blasenspülungen die Blutungen immer aufs neue angeregt werden. Die Blutung stand entweder völlig oder war so gering, daß durch folgende Ausspülung die Klärung des Blaseninhaltes leicht gelang.

Bei der Operation von Blasengeschwülsten durch Sectio alta genügte eine mehrmalige Betupfung der Geschwülste und deren Umgebung durch eine 1‰ige Lösung mittels eines Wattebäuschchens vollständig, um die Geschwulstexstirpation in dem anämischen Gewebe fast ganz ohne Blutverlust ausführen zu können. Doch empfiehlt sich eine sorgfältige Verschorfung, wenn man die Schleimhautdefekte nicht durch Naht schließen kann oder will, und überdies Tamponade der Blase. Bei endoskopischer Abtragung von Blasenpapillomen genügte die Blasenfüllung mit Adrenalin 1 : 10000.

Die Applikation weniger Tropfen der 1‰igen Lösung genügte durch Abschwellung der Schleimhaut schwierige enge Strikturen für die Sonde leichter durchgängig zu machen. Dasselbe (1—3 ccm) erleichtert den Katheterismus bei Prostatahypertrophie.

Endlich erwähnt v. F. die günstige Wirkung des Mittels bei 3 Fällen von akuter kompletter Harnverhaltung bei Prostatahypertrophie (der ersten Retention bei Prostatikern der ersten Periode). Nach Injektion von 2 ccm 1 : 1000 konnten die betr. Pat. bereits einige Minuten später wenn auch nur geringe Mengen spontan entleeren. Unter fortgesetzter Injektion nahm die spontan entleerte Menge schneller zu als sonst.

Das Präparat ist die von der Firma Parke, Davis & Co. in den Handel gebrachte Lösung (Adrenal. hydrochloric. 0,1, Natr. chlorat. 0,7, Chloreton 0,5, Aqua dest. 100,0).

Hübener (Dresden).

---

7) **G. A. Jastrebow.** Zur Frage von den Veränderungen im Bau der Prostata und der Blase bei Greisen und über die anatomische Ursache der in diesem Alter oft beobachteten Harnbeschwerden.

Diss., St. Petersburg, 1901. 120 S. (Russisch.)

Untersuchung an 50 Leichen. Die Prostata verfällt im Alter meist der Atrophie, und nur in der Minderzahl der Fälle der Hypertrophie; letztere wird meist in höherem Alter (nach 65 Jahren) angetroffen. Diese Hypertrophie ist unabhängig von der Arteriosklerose

im Gefäßsystem des Organismus; sie steht auch, entgegen Motz, in keiner Beziehung zur Größe der Hoden. Mikroskopisch findet man in der Prostata Hypertrophie des Bindegewebes und Atrophie des Drüsengewebes, Degeneration und Atrophie der elastischen Fasern; auch in der Blase atrophieren die Muskel- und die elastischen Fasern. Dank dieser Atrophie werden die Kapillaren und Venen dilatiert, was zu Blutstauung führt, und dadurch zu dysurischen Erscheinungen. Letztere werden durch Schwäche der Blasenmuskulatur hervorgerufen. Diese Harnretention wirkt äußerst ungünstig auf die Funktion der Blase, besonders bei alten Individuen, deren Regenerationsvermögen sehr geschwächt ist.

Die Literatur wird in 90 Nummern angeführt.

Glückel (Kondal, Saratow).

---

8) **T. Rovsing.** Die Behandlung der Prostatahypertrophie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

In scharfer Kritik, doch in durchaus wohltuender Art geht Verf. dem einseitigen Spezialistentum zu Leibe, welches gerade auf dem Gebiete der Behandlung von Prostatahypertrophien heute die, morgen jene Operation mit energischer Reklame als Alleinheilmittel preist, anstatt die Vorzüge und Mängel der verschiedenen Verfahren gegeneinander abzuwägen und mit Sachkenntnis Indikation und Bedingung jeder Methode abzugrenzen. Er kann diejenigen nicht verstehen, welche sich als Anhänger der Katheterisationsbehandlung oder der Vasektomie, der Bottini'schen Operation oder der Poncet-schen Cystostomie erklären und jeweils die betreffende Methode für die einzig richtige halten. Für R. existiert nur die Frage, unter welchen Umständen jede dieser Methoden angewendet werden soll.

Was die zahllosen Theorien über das Wesen der Prostatahypertrophie betrifft, so ist zunächst die Guyon'sche Anschauung, daß eine arteriosklerotische Veränderung der Blasenwandung Ursache der Urinretention ist, zurückzuweisen, da man in vielen Fällen absolut keine sklerotischen Gefäßveränderungen in der Harnblase gefunden hat. Auf der anderen Seite muß freilich zugegeben werden, daß solche arteriosklerotischen Prozesse vorkommen und daß sie die Retention zu einem inoperablen Leiden machen, selbst wenn es gelingen sollte, die Prostatahypertrophie zu beseitigen oder zu mindern. Auch die von Ciechanowski vertretene Ansicht, daß die Prostatahypertrophie durch Gonorrhoe verursacht werde, lehnt R. ab. Denn da das Leiden wahrscheinlich eine Hyperplasie des Drüsengewebes darstelle, so liege es auf der Hand, daß die durch einen chronischen gonorrhoischen Prozeß destruierten und atrophierten Drüsen nicht wieder hyperplastisch werden könnten. So erkläre es sich sogar, daß Prostatiker meist gerade keine Gonorrhoe durchgemacht hatten. Die Ursache der Prostatahypertrophie glaubt Verf. in einer anderen Richtung suchen zu müssen. Die Vorsteherdrüse hat nach Fürbringer ein Sekret zu liefern, das die Spermatozoen lebensfähig erhält. Wenn

nun mit Eintritt einer senilen Degeneration dieses so wichtige Sekret minderwertig wird, so versucht vielleicht die Natur durch quantitative Steigerung der Sekretion die herabgesetzte Qualität zu kompensieren. Die Hyperplasie wäre alsdann ein rein reflektorischer Vorgang.

In dem zweiten umfangreicheren Teile der Arbeit finden die einzelnen therapeutischen Maßnahmen eine ausführliche Besprechung. Verf. weiß für alle Methoden ziemlich bestimmte Indikationen festzustellen. Bei einem Pat., welcher noch unbehandelt ist und der an einer mittelstarken partiellen Retention leidet, oder der den ersten Anfall totaler Retention erlebt, soll man keineswegs immer gleich mit einer Operation kommen. Der Versuch einer regulären Katheterbehandlung ist hier dringend geboten; denn in einer ganz großen Zahl von Fällen wird Pat. dadurch auf Jahre hinaus wieder hergestellt. Auch bei einem neuen Anfalle von Retention können die Kranken durch eine rechtzeitige Katheterisation auf lange hinaus beschwerdefrei bleiben. Bei Männern ohne totale Anurie mit großen Mengen Residualharn ist die Vasektomie oder event. eine Prostatektomie anzuraten, da hier die Katheterbehandlung nicht zum Ziele führt und leicht zu starker Infektion Veranlassung gibt. Bei Kranken, bei welchen Totalretention und Cystitis besteht und die Katheterisation Blutungen, Schüttelfröste und Temperatursteigerungen im Gefolge hat, ist die Cystostomie mit gleichzeitiger oder sekundärer Vasektomie vorzunehmen. Später kann man die Fistel wieder schließen. Bei der Bottini'schen Operation hat R. mancherlei Unannehmlichkeiten erlebt. Bei 2 Pat. trat eine späte arterielle oder venöse Blutung ein, welche den einen Kranken an den Rand des Grabes brachte. Vor diesen Späthämorrhagien kann man sich im Gegensatze zu den vermeidbaren Blutungen bei dem Eingriffe selbst gar nicht schützen. Ein Pat. erlag einer septischen Phlegmone, und bei der Obduktion zeigte sich, daß die linke Inzision auf der äußeren Kante des Prostatalappens an dieser Stelle eine Perforation bewirkt hatte. Darum kann Verf. nicht mit so leichtem Sinne wie Freudenberg zu der Operation raten. Die Heilungsverhältnisse einer Bottini'schen Wunde scheinen ihm noch gar nicht recht studiert zu sein. Seine Ansicht geht auf Grund näher beschriebener Erwägungen dahin, daß in den Fällen, wo der Verlauf nach Bottini vollständig glatt ist, wo der Harn nach wenigen Tagen normal und das Wasserlassen schmerzfrei wird, die Kauterisation sehr wenig wirksam gewesen ist und keinen wirklich klaffenden Defekt in dem Mittellappen gebildet hat. Der augenblickliche gute Erfolg ist dann vielleicht durch die Irritation bei der Kauterisation der Schleimhaut und durch die dadurch hervorgerufene heftigere Kontraktion der Blase bewirkt.

Wo alle Versuche mißlingen, ein natürliches Urinieren zu bewerkstelligen, sei es durch Vasektomie, Kastration, Bottini oder Prostatektomie, hat man die Wahl zwischen Cystotomie und regel-

mäßiger Katheterisation. Die letztere zieht R. bei wohlhabenden intelligenten Pat. vor, die erstere bei Mitgliedern der arbeitenden Klasse und in allen Fällen, wo die Katheterisation Schwierigkeiten bereitet, den Kranken oft mißlingt und Blutung resp. Infektionsgefahr bedingt. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

9) **C. Hoffmann** (Köln-Kalk). Zur Frage der Blasennaht nach Sectio alta.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 43.)

H. empfiehlt auf Grund eines Falles die systematische Vorbehandlung bestehender sekundärer Cystitis durch Bettruhe, Salol etc. vor Ausführung der Sectio alta, um auf diese Weise günstige Verhältnisse für die Blasennaht zu schaffen und primäre Heilung der Blasenwunde zu erreichen. Die Vorbehandlung ist natürlich zwecklos, wenn die entzündlichen Erscheinungen die Ursache z. B. von Steinbildung sind; in solchen Fällen darf die Blasennaht überhaupt nicht in Betracht kommen, ist die Blasendrainage angezeigt. Bezüglich der Methode der Blasennaht spricht sich H., wenn er auch die Vorzüge der Fixation der Harnblase an die vordere Bauchwand anerkennt, zu Gunsten der gewöhnlichen zweietagigen Naht mit Ausstopfung der Bauchwandwunde aus. **Kramer** (Glogau).

---

10) **N. W. Altuchow.** Die topographische Lage der Harnleiter.

(Chirurgie 1902. November. [Russisch.])

Ausführliche Schilderung der anatomischen Verhältnisse, durch 8 Photogramme veranschaulicht. A. bringt die Resultate zahlreicher Messungen. Die Einzelheiten sind für ein Referat ungeeignet. Hinzuweisen wäre hier auf eine für den Chirurgen praktisch wichtige Methode zum Auffinden des Harnleiters. A. suchte lange nach einem konstanten Verhältnis zwischen irgend einem Beckenmaße und der Entfernung des Harnleiters von einem bestimmten Punkte. Endlich fand er, daß die Entfernungen vom Tuberculum pubicum bis zur Spina ilei ant. sup. und bis zur Flexura marginalis des Harnleiters vollständig gleich sind. Man braucht also nur mit einem Zirkel oder einem Meßband die Entfernung zwischen Spina ilei sup. ant. und Tuberculum pubicum auszumessen und dieses Maß von letzterem Punkte an den Vasa iliaca abzulegen, um genau die Lage des Harnleiters an diesen Gefäßen zu erfahren.

Glückel (Kondal, Saratow).

---

11) **Klemperer.** Die Behandlung der Nierensteinkrankheit.

(Therapie der Gegenwart 1902. Nr. 12.)

Nach Hinweis auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Nierensteinkoliken und Koliken, bedingt durch andere

Nierenaffektionen, wie Tuberkulose, Karzinom, Entzündung etc. oder durch Gallensteine empfiehlt Verf. im akuten Anfalle zunächst lokale Hitzeanwendung und Morphiuminjektion, bei Versagen dieser Mittel reichliche Flüssigkeitszufuhr, die bisweilen durch reflektorische Harnleiterkontraktionen einen Stein zutage fördern kann. Von inneren Mitteln hat Verf. keine Erfolge gesehen, auch nicht von dem neuerdings empfohlenen Glycerin. Wenigstens schreibt er die mit Glycerindarreichung erzielten Erfolge nicht dem Glycerin als solchem zu, da er in den betr. Fällen keine Zunahme der Viskosität des Harns finden konnte. Empfehlenswert dagegen seien mechanische Maßnahmen, und zwar die Streichung der Harnleiter und die Erschütterung der Nierengegend, durch die Verf. gute Resultate erzielt hat. Für einen chirurgischen Eingriff läßt K. nur zwei Indikationen gelten: totale Anurie und akut einsetzende Pyämie. Ob Dauer und Intensität der Schmerzen ein Operationsgrund sind, hängt von besonderen, individuellen Verhältnissen ab. Auch bei Blutungen braucht man nicht gleich zum Messer zu greifen. Bei eitriger Pyelitis infolge von Calculosis tut man wohl seine Pflicht, wenn man zur Operation rät, obwohl auch hier der Stein spontan abgehen kann und Komplikationen nicht aufzutreten brauchen.

Zur Vermeidung von Rezidiven spielt die Regelung der Ernährung eine große Rolle. **Silberberg** (Breslau).

---

12) **E. Ullmann.** Experimentelle Nierentransplantation.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 11.)

In vorliegender Arbeit berichtet U., daß es ihm gelungen ist, an Hunden die eine Niere in toto an den Hals zu transplantieren, wobei nicht nur die Lebensfähigkeit derselben, sondern auch ihre physiologische Funktion erhalten blieb.

Die Ausführung geschah folgendermaßen: Am Halse werden Carotis und Jugularis freigelegt, peripher unterbunden und zentralwärts mit armiertem Schieber abgeklemmt. Die Gefäße werden durchschnitten und zur Gefäßvereinigung nach Payr präpariert. Dieselben werden durch kleine Magnesiumröhren, deren eine Hälfte glatt ist, während die andere zwei Nuten trägt, durchgezogen und umgekrempelt. Während die zentrale nutlose Hälfte mit einer Pinzette gehalten wird, wird das Gefäß mittels einer Ligatur an die zentralwärts liegende Nute gebunden. Nach Exstirpation der Niere, wobei der Harnleiter eine Strecke weit frei präpariert und dann durchschnitten wurde und die Gefäße möglichst nahe an den großen Gefäßen einfach unterbunden und durchtrennt wurden, wird dieselbe in eine feuchte sterile Kompresse gelegt. Am Halse wird nun die V. renalis über die Jugularis gezogen und mit einer Ligatur an der peripherwärts liegenden Nute befestigt. Das Gleiche geschieht mit der A. renalis über die Carotis. Entfernung der Schieber zuerst von der Vene, dann von der Arterie. Sofort kommt das Blut durch die Niere, und bald danach ging Urin durch den Harnleiter ab. Nach

Nischenbildung für die Niere durch Abpräparieren der Muskeln vom Unterhautzellgewebe wurde die Niere eingenäht und die Haut bis auf die Harnleitermündung geschlossen. — Alfred Exner hat schon früher, aber ohne Erfolg, Nierentransplantationen versucht. Die Versuche, die im Institut von Exner ausgeführt wurden, litten noch an dem Fehler, daß der Abgang von Urin aus der Fistel nur 5 Tage zu sehen war. Dann schwoll der Harnleiter (Kratzen der Hunde) sehr an, oder es zieht sich der Kanal in die Wunde hinein, aus welcher der Urin dann — nicht tropfenweise wie aus dem Harnleiter — herausfließt.

Weitere Versuche (Transplantation der Niere von einem Hunde auf den anderen oder von einer anderen Tierspezies) werden in Aussicht gestellt.

In der Sitzung vom 27. Juni 1902 der k. k. Gesellschaft der Ärzte stellte U. eine Ziege vor, welcher die Niere eines Hundes in die Halsgegend eingepflanzt war. Auch gelang es, die Nierentransplantation von einem Hunde auf den anderen vorzunehmen.

Hübener (Dresden).

---

13) **v. Büngner.** Über die Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

Verf. empfiehlt, an Stelle des bisher üblichen Verfahrens, in jedem Falle von männlicher Genitaltuberkulose die hohe Kastration auszuführen, wie er sie bereits vor 9 Jahren als seine Methode der Kastration mit Evulsion des Vas deferens bekannt gab. Das Wesentliche dieser Methode besteht darin, daß das Vas deferens von den übrigen Gebilden des Samenstranges exakt isoliert und stetig soweit vorgezogen wird, bis es abreißt. Die übrige Operation stimmt mit der tiefen Kastration überein.

Zur ausschließlichen Bevorzugung dieser Methode wird v. B. veranlaßt durch die Überzeugung, daß die Tuberkulose des Samenleiters gewöhnlich vom Nebenhoden aus in aufsteigender Richtung sich verbreitet, eine Ansicht, wie sie neuerdings von v. Bruns und v. Baumgarten klinisch und experimentell am entschiedensten ausgesprochen worden sei.

Als Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung dienen für v. B. die Ergebnisse der histologischen Untersuchung von 13 Fällen von Genitaltuberkulose. Bei dem einen Teile derselben, welche eine kontinuierliche Samengangstuberkulose aufwiesen, ließ sich deutlich eine nach oben abnehmende Intensität der Erkrankung wahrnehmen, bei dem anderen Teile mit diskontinuierlicher Erkrankung lehrte die mikroskopische Untersuchung, daß die dem Nebenhoden zunächst gelegenen Knoten die vorgeschrittensten Veränderungen zeigten, und daß die weiteren Knoten schrittweise mit der Entfernung vom Nebenhoden immer jüngere Stadien der histologischen Tuberkulose aufwiesen.

Für diejenigen Fälle von Genitaltuberkulose, bei welchen auch die hohe Kastration nicht alles Kranke entfernen kann, weil noch oberhalb der Trennungsstelle des Vas deferens Herde sitzen oder gar der ganze Traktus erkrankt ist, empfiehlt v. B., an Stelle der operativen Entfernung aller erkrankten Teile zunächst die intrakanalikuläre Jodoform-Glycerininjektion des männlichen Genitaltraktus vorzunehmen. Dieselbe wird so ausgeführt, daß das Vas deferens, nachdem es auf 2 Fingern aufgehoben und angespannt ist, seitlich eingestochen und dann die Kanüle einer 5 g-Spritze, genau der axialen Lichtung entsprechend, vorsichtig eine kurze Strecke weit vorgeschoben wird. In der Regel werden aufwärts 3—4 g, nach abwärts 1—2 g des Inhaltes der Spritze injiziert. Verf. hatte bisher Gelegenheit, an 3 Fällen diese Injektion mit sehr gutem Erfolge auszuführen. Mit derselben läßt sich dann noch sehr gut die hohe Kastration verbinden.

v. B. faßt seine Ausführungen dahin zusammen, daß er zur Radikalbehandlung der auf den Hoden und die Hodenhälfte des Samenleiters beschränkten Tuberkulose die hohe Kastration, zur Behandlung der über den ganzen Genitaltraktus einschließlich der Samenblase und der Prostata verbreiteten Tuberkulose in erster Linie zuerst die intrakanalikuläre Jodoform-Glycerininjektion allein oder in Verbindung mit der hohen Kastration und erst in zweiter Linie die operative Ausrottung des Genitaltraktus einer Seite auf der ganzen Länge seines Verlaufes empfiehlt.

Blauel (Tübingen).

---

14) **S. Rolando** (Genua). Degli effetti sul testicolo dell' incisione e dell' escisione della vaginale parietale.

(Clinica chir. 1902. Nr. 1 u. 2.)

R. setzte es sich zur Aufgabe, zu untersuchen, welchen Veränderungen das Hodengewebe und die Hodenfunktion nach der Incision der Tunica vaginalis propria und nach der totalen Exstirpation derselben unterliegen. Die Experimente wurden an großen Hunden ausgeführt; die »Incision« bestand in der Längseröffnung der Tunica, Vorstülpen des Hodens und Abreiben des parietalen und visceralen Blattes der Tunica mit einer 3 %igen Karbollösung; dann Naht, Verband. Die Excision war eine totale, dann Naht, Verband. R. zieht folgende Schlüsse aus seinen zahlreichen Experimenten: 1) Die Incision ergiebt stets die Verlötung der beiden Blätter der Tunica. 2) Die Hodenkanälchen erleiden Veränderungen des Epithels, wodurch die Spermatogenese vollständig aufhört. 3) Diese beginnt wieder nach Ablauf von etwa 3 Monaten im Zentrum der Drüse. 4) Nach 5 Monaten ist die Funktion wieder hergestellt. 5) Der Nebenhoden bleibt unberührt von den Veränderungen. 6) Die Excision erzeugt im Hoden die gleichen histologisch nachweisbaren Veränderungen. 7) Diese sind nach 5 Monaten wieder vollständig

überwunden. 8) Der Nebenhoden bleibt intakt. 9) Bei Eiterungen sind die Alterationen unvergleichlich stärker.

J. Sternberg (Wien).

---

15) **M. Oni.** Des opérations conservatrices dans la cure de l'inversion utérine puerpérale ancienne.

(Ann. de gyn. 1902. April.)

In der vorstehenden Arbeit bespricht O. die verschiedenen operativen Methoden bei der Behandlung der chronischen, irreponiblen Uterusinversion auf Grund der bisherigen Erfahrungen.

Mittels Laparotomie wurden 13 Pat. behandelt, hiervon starben 2 an der Operation, 1 im Anschluß an die Reduktion und 4 boten Mißerfolge, was einer Mortalität von 15,3% und 30,47% Mißerfolgen entspricht.

Auf vaginalem Wege wurde bisher nach 5 verschiedenen Methoden operiert.

Die einfache Inzision des Collum uteri genügt in den wenigsten Fällen oder führt bei gewaltsamen Reduktionsversuchen zu Zerreißungen des uterinen Gewebes, die üble Folgen haben können.

Auch die einfache Spaltung des Uterus mit Schonung des Collum uteri gibt nur in 50% der Fälle Erfolge.

Das beste Verfahren ist die vollständige Spaltung des Uterus und des Collum, die entweder vorn oder hinten vorgenommen werden kann: Kolpohysterotomia anterior und posterior. Hierüber liegen bisher 13 Beobachtungen vor mit 12 Erfolgen = 92,33%. O. hält diese Methoden für die gegebenen, wenn die manuellen Repositionsversuche erfolglos bleiben. Er bevorzugt die Kolpohysterotomia anterior, weil nach der posterior Retrodeviationen des Uterus später beobachtet worden sind. Auch soll die anterior leichter auszuführen sein. Ihr einziger Nachteil besteht in der Gefahr einer Blasenverletzung, die aber bei einiger Vorsicht leicht vermieden werden kann. Von den bisher Operierten sind 2 wieder gravid geworden, eine mit normaler Geburt zu rechter Zeit, eine mit Abort im 3. Monate. Die von O. empfohlene Operation ist zuerst von Spinelli im Jahre 1899 beschrieben worden.

Jaffé (Hamburg).

---

16) **Mackenrodt** (Berlin). Über die Radikaloperation bei Carcinoma uteri et recti.

(Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie am 27. Juni 1902.)

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Obwohl die Untersuchung der bei Carcinoma uteri entfernten Beckendrüsen ergeben hat, daß die sicheren Karzinomherde in den Drüsen nicht so häufig sind, als man nach den Befunden von v. Rosthorn (57%) annehmen müßte, tritt M. nach wie vor für die praktische, möglichst gründliche Drüsenausräumung ein, umso-

mehr, als er Gelegenheit hat, eine Pat. mit Drüsenrezidiv vorzustellen, bei welcher vor 6 Jahren Uterus und Scheide wegen Portiokarzinom durch Igniexstirpation entfernt worden waren. Nach 6jähriger Rezidivfreiheit ist auch heute noch das Beckenbindegewebe weich und unverdächtig, und doch besteht eine äußere und innere Leistendrüsengeschwulst. Die von ihm »radikal« (»mit Drüsenausräumung«) operierten Pat. sind bisher alle noch rezidivfrei. M. entfernt daher nach wie vor bei Carcinoma uteri das Beckenbindegewebe und die gesamten Drüsen bis an die Aorta, ev. unter Mitnahme der Gefäßscheide vermittels seiner bekannten hypogastrischen Methode, tamponiert sodann die seitliche Beckenhöhle aus und leitet den Tampon seitlich vom Rektusrande heraus. — Er operiert bei weitgehendster Indikation selbst dekrepide Kranke. Von den letzten 11 derartig Operierten starb nur eine an den Folgen eines schweren Herzfehlers.

Sein Operationsverfahren: »Die hypogastrische Methode«, wobei die Bauchhöhle durch den vorn abgeschobenen und hinten provisorisch fixierten Bauchfell-Lappen vom Operationsgebiet abgeschlossen wird, gestattet als einziges die »radikale« Entfernung hochsitzender Mastdarmkarzinome mit paraproktalem Gewebe und Drüsen und mit der schon infizierten Gebärmutter nebst Scheide. Ein nach dieser Methode entferntes Mastdarmkarzinom beweist demonstrativ die Richtigkeit der M.'schen Behauptung.

Kroemer (Gießen).

---

17) **L. R. Krewer.** Über Chorionepithelioma.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 42 u. 43.)

K. beschreibt 2 typische Fälle dieser Neubildung, die mit Hirnmetastasen aufgenommen wurden (Hemiplegie). Bei der ersten Pat. (33 Jahre alt) entwickelte sie sich wahrscheinlich nach frühem Abort, bei der zweiten (29jährigen) nach Blasenmole. Ausführliche Krankengeschichte und Sektionsbefund. Schlußsätze: Das Chorionepitheliom ist eine bösartige Neubildung, die sich aus dem Epithel der Placentazotten entwickelt und aus zwei Zelltypen besteht, welche physiologisch dieses Epithel bilden. Diese Zellen ähneln (nach Moissejew) schon physiologisch den Zellen lokal bösartiger Geschwülste und werden allgemein bösartig, wenn ihr Wachstum die Decidua serotina überschreitet. Die gegenwärtige Lage der Zellen in der Geschwulst entspricht der Lage in den Placentazotten. Sie behalten auch in der Geschwulst die Fähigkeit, die Wand der Blutgefäße zu usurieren, nur in ausgedehnterem Maße; daher die reichlichen Blutungen. Die Metastasen bilden sich auf dem Blutwege.

Gückel (Kondal, Saratow).

Kleinere Mitteilungen.

Zur Technik der »Sondierung ohne Ende« bei Speiseröhrenverengerungen.

Von

Prof. v. **Hacker** in Innsbruck.

Ziemlich allgemein in Verwendung steht heute zur Dilatation schwererer Ösophagusstrikturen das von mir 1885 angegebene Verfahren der Sondierung ohne Ende mittels Drainröhren von allmählich steigendem Kaliber, die in etwas ausgezogenem Zustande mittels des vom Munde zur Fistel oder umgekehrt geleiteten Fadens in der einen oder anderen Richtung durch die Striktur nachgezogen und dort zeitweise liegen gelassen werden. Ich halte die Bezeichnung »Sondierung ohne Ende« für richtiger, als die öfters auch dafür gebrauchte der »retrograden Sondierung oder Dilatation«, erstens, da dabei die Durchführung der Drains, wenn auch häufig, doch nicht immer auf dem retrograden Wege stattfindet, ferner da, wenn dies auch der Fall ist, die Sondierung und Dilatation auf diesem Wege doch nur mit Hilfe des bereits durchgeführten Fadens, also durch das Prinzip der Sondierung ohne Ende, ermöglicht ist.

Bei der praktischen Durchführung des Verfahrens ergeben sich, je nach den Verhältnissen des betreffenden Falles, sowie nach der Vorliebe der einzelnen Chirurgen, untergeordnete Abweichungen 1) in der Art, in welcher der Faden vom Munde zur Fistel oder umgekehrt durchgeleitet wird, sowie 2) darin, wie man die Abstufung zwischen den aufsteigenden Drainnummern vermeidet.

Was zunächst die Durchführung des Fadens vom Munde zur Magenfistel (oder umgekehrt) betrifft, wird in der Regel das Socin'sche Verfahren, den gastrostomierten Pat. ein an einen feinen Seidenfaden gebundenes, feines Schrotkorn schlucken zu lassen, ganz besonders empfohlen, selbst für Fälle sonst impermeabler Strikturen, so lange noch geringe Flüssigkeitsmengen die Speiseröhre passieren. Es ist ein eigentümlicher Zufall, daß dieses von anderen so sehr gerühmte Verfahren mir bisher nur in den allerseltensten Fällen gelang. Meine Pat., auch Erwachsene, brachten in der Regel das Verschlucken des Korns nicht zustande (dasselbe war bei dem schräg perforierten Reiskorn nach Guldenarm der Fall), während es in meinen Fällen meist mit der Zeit gelang, eine feine Darmsaite bis in den Magen zu führen und diese dann bei der Fistel herauszuleiten. In jüngster Zeit ist von Henle eine sehr sinnreiche Idee angegeben worden, des im Magen befindlichen Socin'schen Kornes habhaft zu werden, da auch das oft eine Geduldprobe darstellt. Er läßt statt des Schrotkornes ein Eisenkügelchen (bezw. mehrere an den Faden gereihte) verschlucken und führt von der Magenfistel einen magnetisch gemachten sondenförmigen Eisenstab ein, um die Kügelchen damit zu angeln. Ich habe in einem gegenwärtig in Behandlung befindlichen Falle, da der erwachsene Kranke selbst nie den Faden mit dem Kügelchen hinabbrachte, obwohl schon Darmsaiten von 4 mm Dicke passierten, das am Ende des Fadens gelegene Kügelchen, in dessen Zentrum das zugespitzte Ende eines feinen Fischbeinstabes eingesteckt worden war, bis in den Magen hinabgeführt, dann den Fischbeinstab (nachdem er etwa 47 cm von den Zähnen vorgeschoben worden war) durch eine Drehung freigemacht und zurückgezogen, wobei der miteingeführte Faden ruhig liegen blieb. Nachdem der Kranke Flüssigkeit getrunken hatte und noch zugewartet worden war, gelang es aber nicht, das Eisenkügelchen mit dem Magneten zu angeln. Allerdings war nur ein Kügelchen am Ende des Fadens angebunden gewesen und waren nicht mehrere auf dem Faden angereiht worden.

Ich bin in dem Falle aber in einer anderen Art zum Ziele gekommen, die ich hier mitteilen will, da es gewiß vorteilhaft ist, verschiedene brauchbare Verfahren

zur Verfügung zu haben. Es handelte sich mir darum, sicher zu sein, daß zu einer bestimmten Zeit ein längeres Fadenstück im Magen vorfindlich sei, um dasselbe von der Fistel aus zu erreichen oder herauszuschwemmen. Beim Henle-schen Verfahren kommt es darauf an, den richtigen Moment zu erhaschen, in dem die Eisenkügelchen so im Magen gelagert sind, daß der Magnet in die nächste Nähe derselben oder in Berührung mit ihnen kommt. Der von mir eingehaltene Vorgang, der zur Voraussetzung hat, daß bereits eine Darmseite von 3—4 mm Diameter bis in den Magen einführbar sei, bestand in folgendem:

Ich nahm aus der Apotheke eine der dünnsten cylindrischen Gelatinehülsen von ca. 5 mm Diameter und 1—2 cm Länge (von denen 2 übereinander geschoben werden zu einer Kapsel, um darin enthaltene Medikamente verschlucken zu lassen). In dieselbe wurde zuerst ein etwa $\frac{1}{2}$ m langes Stück eines festen, dünnen Seidenfadens und sodann das Ende eines feinen Fischbeinstabes (oder einer steifen, dünnen Darmseite) eingeschoben (s. Fig. 1). Damit die Hülse mit dem Stabe in festerem Zusammenhange stehe und in ihrem Durchmesser noch kleiner werde, wurde sie der Länge nach vom freien Rande her eingeschnitten, hierauf wurden die Schnittränder durch seitlichen Druck etwas übereinander geschoben und außen darübergestrichene Gelatinelösung trocknen gelassen (so daß der Durchmesser jetzt

Fig. 1,

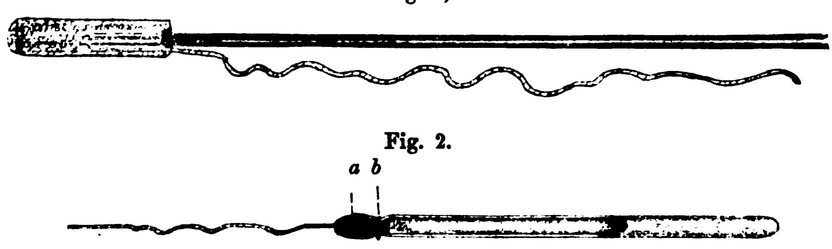


Fig. 2.

4 mm betrug). Nachdem zuerst eine bis zum Magen eingeführte etwas stärkere Darmsaite durch 10 Minuten in der Ösophagusstriktur gelegen hatte (wonach erfahrungsmäßig der Weg nach abwärts leicht zu passieren war) wurde sofort nach dem Herausziehen derselben dem Pat. der so armierte Fischbeinstab bis zum Magen eingeführt, und 5—10 Minuten später (damit die Gelatine im Magensafte gelöst sei), nach einer leichten Drehbewegung um seine Achse, langsam nach oben gezogen, ohne daß der miteingeführte Faden sich rührte. Als der Pat. sodann Wasser trank, wurde der Faden sofort von selbst (nach Lüftung des Stöpsels) aus dem in der Magenfistel liegenden Drainrohr herausgespült. Da bei jedesmaliger Wiederholung das immer in der gleichen Weise gelang, wie ich das auch in der Sitzung der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck vom 8. November 1902 demonstrierte, ersparte ich dem Pat. dann das für ihn lästige Liegenlassen des Fadens. Jeden oder jeden 2. Tag wird dieses Verfahren wiederholt, dann am Faden der Drain durch die Striktur gezogen, dort $\frac{1}{2}$ Stunde und länger im ausgezogenen Zustande liegen gelassen und dann wieder entfernt. Der Pat. ist dabei also nur kurze Zeit durch die Dilatation belästigt, sonst kann er sich vom Munde aus ernähren.

Es ist wohl kein Zweifel, daß gegenüber dem bisherigen Usus, den einmal durchgeführten Faden längere Zeit hindurch Tag und Nacht liegen zu lassen, wodurch die Pat. im Schlingen gehindert waren, meist nur Flüssiges nehmen konnten, vermehrte Speichelsekretion bekamen und bei Bewegungen, namentlich in der Nacht, sich leicht durch den Faden am weichen Gaumen, der Lippe und Wange etc. etwas verletzten, diese Art der Behandlung in den dafür geeigneten Fällen einen wesentlichen Fortschritt bedeutet.

Nachdem jetzt auch bei einem kleinen Mädchen der Klinik mit Laugenstriktur des Ösophagus der auf obige Weise in den Magen gebrachte Faden auf das erste

Mal nach dem Trinken von Flüssigkeit aus der Fistel geschwemmt wurde, ist wohl kaum anzunehmen, daß gerade nur in diesen beiden Fällen die lokalen Verhältnisse der Magenfistel besonders günstige gewesen seien. Es wird sich daher das Verfahren zu weiteren Versuchen empfehlen, wobei man ja künftig sich Gelatinehülsen von etwa noch dünnerem Kaliber eigens anfertigen lassen kann.

Bezüglich des zweiten Punktes, der Vermeidung der Stufenbildung, bin ich in der Regel so vorgegangen, daß ich am Faden zuerst einen dünnen, soliden Gummicylinder oder ein Drain dünnsten Kalibers in etwas ausgezogenem Zustande nachzog, dem dann immer stärkere Drains nachfolgten. Dabei wurde in das mit einer eingeführten Drain- oder Kornzange erweiterte Ende des dünneren Drains der nächst stärkere eingeschoben, um eine merkliche Abstufung zu vermeiden. (Gelingt es, die Enden ziemlich weit übereinander zu stecken, so genügt das allein, sonst bindet man außen einen Faden über die Einstülpungsstelle. v. Eiselsberg bedient sich zweckmäßig eines eigens angefertigten konischen Gummischlauches. Da jeder Schlauch beim Durchziehen gedehnt werden muß, so ist es auch bei diesem nicht die konische Form, sondern die Zusammenziehung des infolge der durchgeführten Sondierung ohne Ende gedehnten Schlauches auf seine ursprüngliche Dicke, die wesentlich auf die Strikturwand dilatierend wirkt, jedenfalls aber wird die Stufenbildung und das Vorhandensein weniger dehnbarer Stellen durch den konischen Schlauch in der vollkommensten Weise vermieden. Dennoch bin ich bei dem einfacheren, billigeren und allgemein anwendbaren Verfahren mit Drains, die jeder Chirurg immer in brauchbarem Zustande bei der Hand hat, geblieben. Da bei jeder Sitzung nur 2—3 Drainnummern in Betracht kommen, von denen die dünnste bereits leicht die Striktur passiert, die stärkste jedoch nur im ausgezogenen Zustande, braucht man bei diesem Verfahren nur die zur Zeit zur Dilatation bestimmte Nummer in größerer Länge zu verwenden und daher überhaupt keinen so langen Schlauch durchzuziehen. Die einzige Abstufung, die bisher nicht ganz zu vermeiden war, befand sich zwischen dem Faden und dem dünnsten Drain. Um auch diese auszuschalten, verwende ich in neuerer Zeit einen eigenen dünnen Metallkonus (s. Fig. 2*a*[1]), der in eine circulär gerinnte Röhre ausläuft und ein zentrales Lumen hat, durch das der Faden durchgezogen wird, während ein fester Knoten das Ausgleiten desselben verhindert, und bin damit sehr zufrieden. Der Drain wird über den röhrenförmigen Teil geschoben und durch einen Faden in die circuläre Rinne desselben (bei *b*) festgebunden. Hat man mehrere solche Metallzäpfchen verschiedener Stärke vorrätig, so kann man den eben noch die Striktur leicht passierenden Drain als ersten dem Faden nachziehen. Da der kleine Metallzapfen nach der einen Richtung hin durch den Fadenknoten, nach der anderen durch das darübergebundene Drainrohr fixiert ist, ist wohl ein Herausgleiten desselben während der Sondierung nicht zu befürchten.

---

18) **S. Dunham.** Secondary traumatic insanity.

(Buffalo med. journ. 1902. November.)

Der 42jährige, hereditär psychisch nicht belastete Mann zog sich vor 18 Jahren eine Depressionsfraktur des Schädels zu, welche nicht behandelt wurde. Seither Kopfschmerzen an der Verletzungsstelle, allmähliche Veränderung des Charakters, Gedächtnisschwäche, Verwirrtheit, in letzter Zeit Hallucinationen, zeitweilige Anfälle von Manie. Zur Zeit stark druckschmerzhafte, deprimierte Stelle am vorderen oberen Winkel des rechten Scheitelbeines, von der aus zeitweilig Schmerzen ausstrahlen, zumal bei Steigerung des Hirndruckes durch irgend welche Momente. Entfernung der deprimierten Knochenpartie auf $2^1/_2$ cm Durchmesser; alte Fraktur der Tabula interna. Dura etwas verdickt, pulsierend, blieb geschlossen. Allmäh-

---

[1] In der Figur ist das über den Metallzapfen geschobene Drainrohr auf eine längere Strecke hin, der Deutlichkeit wegen, als aufgeschnitten gezeichnet.

liches, völliges Schwinden aller Hirnsymptome im Laufe von 2 Monaten. (Nach 2 Jahren nachbeobachtet.)

Bei Operationen wegen sekundärer Geistesstörungen nach Trauma findet man am häufigsten Verwachsungen an Dura und Hirnrinde, ferner Verdickungen der Schädelknochen und Hirnhäute, entzündliche oder degenerative, vom Sitze der Verletzung ausgehende Veränderungen, Schädigungen gegenüber der Verletzungsstelle durch Kontrekoup, Osteophyten oder Knochensplitter, welche Dura und Gehirn anspießen, Knochennekrosen, schließlich subdurale oder subkortikale Cysten. Besonders Depressionsfrakturen des Scheitels können zu Störungen des Gedächtnisses, der Urteilsfähigkeit und Willenskraft führen; ältere Fälle neigen zu Manie und Paresen. **Mohr** (Bielefeld).

19) **O. Sachs.** Experimentelle Untersuchungen über Harnantiseptika.
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 17.)

Die in der Breslauer Neisser'schen Klinik ausgeführten Untersuchungen ergaben, daß bei innerer Darreichung von Antisepticis, die in den Harn übergehen, dieser entwicklungshemmende und bakterientödtende Eigenschaften erhält. Urotropin erwies sich (4,0 g und mehr pro die) als das am meisten wirksame Mittel. Demselben nahe steht die Salicylsäure, die aber in den erforderlichen großen Dosen (3—4 g) öfters unangenehme Nebenwirkungen veranlaßt. Oleum santali ostindici, Methylenblau, Salol, Balsamum copaivae, Acidum camphoricum und bisweilen auch Ol. terebinthinae zeigen in großen Dosen entwicklungshemmende Wirkungen, Kalium chloricum, Acid. boricum, Folia uvae ursi keine erkennbare Wirkung.

Hübener (Dresden).

20) **v. Hacker.** Harnröhrenfisteln des Penis.
(Aus der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck. Sitzung vom 8. März 1902.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 38.)

1) Der 11jährige Knabe hatte sich vor einem Jahre den Penis im proximalen Drittel mit einem Bindfaden abgeschnürt. Als er denselben wieder entfernen wollte, war er eingewachsen und nur an einer Stelle des Dorsum, wo sich beim Urinieren gleichfalls Harn entleert, noch sichtbar geblieben. Rings um den Penis ist ein Narbenring tastbar. Nach Entfernung des Fadens wurde die enge schwielige Striktur der Harnröhre bis ins Gesunde reseziert und die samt dem Corpus cavernosum urethrae mobilisierten Harnröhrenenden circulär durch Katgut vereinigt, der Längsschnitt der Haut vernäht. Völlige Heilung ohne Striktur. Knabe uriniert in vollem Strahl.

2) Bei 14jährigem Knaben war nach schwerer Cavernitis mit Allgemeinerscheinungen und Eiterung bis in den Damm infolge vorzeitigen Geschlechtsverkehrs (cum vitulo) eine Lippenfistel an der Volarseite des Penis und eine Röhrenfistel der Harnröhre dicht unter dem Skrotum gebildet, welch letztere ohne Striktur von selbst ausheilte.

Bei ersterer bestand ein Defekt der Harnröhre. Auch hier wurde von einem Längsschnitt nach Ablösung der Haut von der Harnröhrenschleimhaut die Harnröhre samt Corpus cavernosum soweit freipräpariert, daß der im Kanal bestehende längsovale Defekt durch quere Vereinigung mit Katgutnähten, also durch Längsvorziehung der Urethra gedeckt werden konnte. Hautnaht. Heilung ohne Striktur.

Hübener (Dresden).

21) **I. Nin Posadas.** Tratamiento de la hipertrofia de la prostata.
(Revista de la soc. med. Argentina 1902. Nr. 56.)

Die ausführliche Arbeit enthält neben einer historischen Besprechung aller bisher gegen Prostatahypertrophie in Anwendung gezogenen operativen Heilmethode eine genaue Statistik über 36 im Krankenhause des Autors ausgeführte Bottini'sche Operationen. Dieselben verteilen sich auf 29 Kranke, von denen

10 an vollständiger, 26 an unvollständiger Urinretention litten. Das Lebensalter der Pat. schwankte zwischen 48 und 82 Jahren. Von den 36 Operationen endigten 4 (11,11%) tödlich. Unter den 4 Verstorbenen befand sich 1 Tuberkulöser, 1 schwer Herzkranker, 1 Karzinomatöser und einer, der an Pyelonephritis zugrunde ging. Nur dieser letzte wäre eigentlich der ausgeführten Operation zum Opfer gefallen; das bedeutet dann eine Mortalität von 2,70%. Der Tod war eingetreten 7 Monate, $6^1/_2$ Monate, $3^1/_2$ Monate und 3 Monate nach der Operation. Die Resultate gestalteten sich $1^1/_2$ Jahre nach Vornahme der Operation folgendermaßen:

Residualharn von 50—100 g bei 24 Operierten
» » 100—200 g » 8 »
» » 200—280 g » 4 »

das wäre dann also im Sinne Freudenberg's eine Heilung in 24 Fällen oder 66,66%, eine bedeutsame Besserung in 8 Fällen oder 22,22% und ein Mißerfolg in 4 Fällen oder 11,11%. **Stein** (Wiesbaden).

22) **L. G. Stuckei.** Ein Fall von angeborener Harnfistel des Nabels.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Die Fistel wurde zufällig bei einer 22jährigen Pat. mit Hämatosalpynx d. (wohl infolge einer Graviditas tubaria rupta) und Cyste des rechten Eierstocks nach der Laparotomie entdeckt. Die Fistel entleerte 2 Wochen lang nach der Geburt Harn, schloß sich nach einer »Kur« und entleerte nur selten Urin. Jetzt nach der Operation fängt diese Entleerung wieder an und tritt jedesmal vor dem Urinieren durch die Harnröhre auf. Die Harnblase nimmt 800 ccm auf. Die Fistel wurde vom Nabel nach abwärts etwa 5 Finger breit gespalten und erwies sich als konisch ausgezogener Zipfel der Blase. Exzision der Schleimhaut des Zipfels, Schluß der Blasenwunde (6 cm lang) durch zweireihige Naht, Schluß der Bauchwunde. Bei Entfernung des Nabels war das Bauchfell verletzt worden und wurde genäht. Heilung. **Gückel** (Kondal, Saratow.)

23) **F. Hofmeister.** Über die Verwendung des Elektromagneten zur Entfernung eiserner Fremdkörper aus der Harnblase.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

In 2 in der v. Bruns'schen Klinik zur Behandlung gekommenen Fällen von eisernen Fremdkörpern in der Harnblase hat sich H. die Verwendung des Elektromagneten gut bewährt. Im ersten Falle handelte es sich um einen Mann, welchem ein eiserner Stift in die Harnblase geglitten war. H. benutzte den großen Hirschberg'schen Handmagneten, welchen er mit einer in Form eines kurzschnabeligen Katheters gebogenen eisernen Sonde armierte. Die Blase wurde mit Olivenöl gefüllt. Die Extraktion gelang beim ersten Versuche in wenigen Sekunden.

Die zweite Extraktion wurde an einem 36jährigen Mädchen ausgeführt, welches eine Haarnadel in der Blase hatte. Nachdem die in den stark verdickten und wuchtigen Blasenwänden festgespießte Nadel freigemacht war, folgte sie glatt dem Zuge des Magneten.

H. gibt zu, daß das Anwendungsgebiet der elektromagnetischen Fremdkörperextraktion aus der Blase ein beschränktes bleiben wird, möchte dieselbe aber für geeignete Fälle doch empfehlen. **Blauel** (Tübingen).

24) **A. v. Frisch.** 400 Blasensteinoperationen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 13—15.)

Bericht über 400 in einem Zeitraume von 10 Jahren operierte Fälle von Blasensteinen, von denen 306 der Lithotripsie, 94 der Sectio alta unterzogen wurden. Unter dieser Zahl befanden sich nur 3 weibliche Pat. Dem Lebensalter nach entfallen nur 52 (13%) auf die ersten 50 Jahre (darunter 3 Pat. unter 10 Jahren), die anderen 348 (87%) hatten das 50. Lebensjahr überschritten, 9 Pat. waren über 80, der älteste 87 Jahre alt.

Von den durch die Operation entfernten Steinen waren 100 reine Urate (82 durch Zertrümmerung, 18 durch Schnitt gewonnen), 126 Phosphate (68 Z., 58 S.), 11 Oxalate (6 Z., 5 S.) und 163 aus verschiedenen Steinbildnern zusammengesetzte (140 Z., 23 S.). In 338 Fällen war die Blase vorher katarrhalisch affiziert, 258 Pat. litten an Prostatahypertrophie.

Nur in 4 von den 306 Fällen gelang die Lithotripsie nicht, mußte die Sectio alta ausgeführt werden, in 2 anderen war v. F. gezwungen, wegen enormer Größe des Steines und schlechter Narkose die Lithotripsie zu unterbrechen und nach 8 Tagen eine zweite Sitzung folgen lassen, in der die Zertrümmerung vollendet wurde.

Wichtig ist die Vorbereitung zur Lithotripsie. Auch bei klarem Harn einige Tage zuvor Verabreichung von Urotropin, Natr. salicyl., Salol oder Salophen. Bei bestehender Cystitis längere Vorbehandlung mit Verweilkatheter und Spülungen, bis mindestens eine Besserung der Cystitis erreicht ist. Auch bei klarem Urin wird, falls eine enge Harnröhre oder ungünstige Wegverhältnisse für die Instrumente infolge Prostatahypertrophie vorliegen, für 24 bis 48 Stunden ein Verweilkatheter eingelegt, durch welchen die Harnröhre weich und geschmeidig, Einführen und Handhaben der Instrumente wesentlich leichter gemacht wird. Nach der Lithotripsie Spülung mit 1⁰/₀₀iger Arg. nitric.-Lösung. Bei vorher gesunder Blase kein Verweilkatheter. Zur Anästhesierung entweder Chloroformnarkose oder Klysma von 3 g Antipyrin auf 100 g Wasser $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden vor der Operation und in die Harnröhre unmittelbar vorher 4 ccm einer 3—5%igen Cocainlösung. Hierbei wurden niemals unangenehme Zufälle erlebt.

Die operative Behandlung der Blasensteine mittels der Sectio alta geschah nach dem allgemein üblichen Verfahren, die Vorbereitung der Pat. war die gleiche wie vor der Lithotripsie. In 44 Fällen wurde totale Blasennaht mit Drainage des unteren Wundwinkels der gleichfalls verschlossenen Bauchdeckenwunde ausgeübt, in 38 Fällen nur teilweise unter Anwendung der Dittel'schen Heberdrainage; in 12 Fällen wurde Blasen- und Bauchwunde ganz offen gelassen, ein Knierohr in die Blase eingeführt und sonst locker mit Jodoformgaze tamponiert. Bei den Fällen von vollständiger Blasennaht wurde stets ein Dauerkatheter eingelegt. Von diesen oben erwähnten 44 Fällen sind 28 per primam geheilt Bei der Naht verzichtet v. F. auf die Schleimhautnaht und schließt in ein- oder zweireihiger Seiden-Knopfnaht. Er rät von der Schleimhautnaht auch mit Katgut ab, weil das in die Blase abgestoßene Katgut dort niemals resorbiert werde und die Neuanbildung von Steinen um dasselbe ebenso erfolge wie um Seidenfäden.

Die Mortalität nach der Lithotripsie betrug 2,6%, nach der Sectio alta 12,7%; doch sei es mißlich, bei den Chirurgen, die beide Methoden üben, Vergleiche anzustellen, da bei diesen natürlich die schwersten Fälle der Sectio alta reserviert bleiben.

v. F. faßt seine reichen Erfahrungen dahin zusammen, daß in Anbetracht der Lebensgefahr, der Heilungsdauer und der Möglichkeit eines glatten, unkomplizierten Heilungsverlaufes die Lithotripsie allen Schnittmethoden weit überlegen sei. Nur beim Vorhandensein von Kontraindikationen ist die Sectio alta zu machen. Als Kontraindikationen gegen die Steinzertrümmerung betrachtet v. F. sehr große Steine, denen die Blase sehr eng anliegt, zu harte Steine, Divertikelsteine, die nicht zu fassen sind, unpassierbare Prostataverhältnisse, sowie endlich die schwersten Cystitisformen mit bestehenden Nierenaffektionen oder solche, in denen die vorbereitende Behandlung eine Besserung der Harnbeschaffenheit nicht erzielen konnte. **Hübener** (Dresden).

25) **Tschudy.** Über einen Fall von Doppelbildung der linken Niere mit Pyonephrose des einen Nierenbecken-Harnleitersystems.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 14.)

Bei einer in der Schwangerschaft an Cystitis erkrankten 25jährigen Frau wurde im Verlaufe von 3 Jahren eine intermittierende Pyurie der linken Niere festgestellt

Da die Katheterisation des linken Harnleiters vollständig normalen Urin ergab, so erklärte man sich die Pyurie durch das zeitweilige Aufbrechen mehrfacher Abszesse im Nierenparenchym und operierte schließlich, weil sich das Allgemeinbefinden rasch verschlechterte. Die exstirpierte, auf das Doppelte vergrößerte linke Niere bestand aus einer gesunden unteren Hälfte mit eigenem normalem Harnleiter und aus einer fluktuierenden oberen, deren Becken einen großen Pyonephrosesack darstellte, in dessen Nachbarschaft das Parenchym geschwunden war. Der zugehörige Harnleiter war verdickt bis zum Umfang einer erschlafften Dünndarmschlinge. Es trat Heilung ein. Eine kryoskopische Untersuchung ist in diesem seltenen Falle leider nicht gemacht worden. **P. Stolper** (Breslau).

26) **Derlin.** Zur Kasuistik seltener Hodenerkrankungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 99.)

Zwei Beobachtungen aus dem städt. Krankenhause in Stettin:

Fall 1. Hämorrhagischer Hodeninfarkt infolge von Samenstrangtorsion bei einem 64jährigen Manne. Links bestand seit lange eine Hydrokele, am rechten Hoden in den letzten Jahren nach anstrengender Arbeit Anfälle von Schmerzen und Schwellung, verbunden mit Übelkeit. Nach einem solchen Anfalle, der nicht zurückgehen wollte, sondern zu einer faustgroßen druckempfindlichen Hodenschwellung führte, Hospitalaufnahme. Die Höhle der Tunica vaginalis entleert blutig gefärbte Flüssigkeit. Exstirpation des blauschwarzen Hodens, Heilung. Das Präparat zeigt eine einmalige spiralige Drehung des Hodenstieles, an der Epididymis mehrere Cysten. Bemerkenswert ist, daß es sich um einen Skrotal-, nicht um einen Leistenhoden handelt.

Fall 2 betrifft ein Rundzellensarkom eines Bauchhodens bei einem 37jährigen Manne, der, übrigens Vater gesunder Kinder, vor $1^1/_2$ Jahren unter vorwiegend gastrischen Beschwerden und Abmagerung erkrankt war. Man tastet durch den After eine sehr bewegliche Geschwulst zwischen Mastdarm und Prostata, die bei der Operation gänseeigroß auf der rechten Articulatio sacro-iliaca lag. Das Mesorchium war nicht sehr lang, aber außerordentlich beweglich.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) **L. Berger.** Zur Kastration bei Hodentuberkulose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

Die Frage der zweckmäßigsten Behandlung der Hodentuberkulose ist heute noch eine viel umstrittene. Die Vertreter der radikalen Therapie, d. h. der Exstirpation des einen oder der beiden erkrankten Hoden stehen den Anhängern der konservativen Methoden gegenüber, welche nur in verzweifelten Fällen zum Messer greifen, sonst aber sich auf Ausspülung der tuberkulösen Herde und auf Hebung des Allgemeinbefindens beschränken. Verf. ist der Ansicht, daß im Beginne des Leidens unter günstigen allgemeinen Verhältnissen der Versuch einer konservativen Behandlung berechtigt ist; doch soll man mit der zuwartenden Therapie nicht zu viel Zeit vergeuden und im Falle der Resultatlosigkeit der konservativen Behandlung das radikale Verfahren anwenden. Für die Richtigkeit dieses Prinzips spricht ihm sein kasuistisches Material von 30 einschlägigen Fällen. Ein Kranker, der sich keiner Behandlung unterzog, starb. 3 Pat. genasen nach partieller Ausschabung. Von 43 einseitig oder doppelseitig Kastrierten sind 60% = 26 gesund geblieben.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Berichtigung. P. 115 Z. 6 v. o. lies »Negern« statt Ungarn; p. 118 Z. 28 v. o. lies »trauma« statt traumam.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, **F. König**, **E. Richter**,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 7. **Sonnabend, den 14. Februar.** **1903.**

Zur Prophylaxis bei der Chloroformnarkose.

Von

Dr. Leopold Feilchenfeld in Berlin.

Unter dem gleichen Titel habe ich vor 3 Jahren[1] den Vorschlag gemacht, zur Kräftigung des Herzens allgemein einige Tage vor der Operation mehrfach 5—6 Tropfen Tinct. stroph. zu geben. Ich wurde zu dieser Anregung durch die Beobachtung veranlaßt, daß bei den meisten Menschen heftige Erregungen — wie sie auch die Erwartung einer größeren Operation mit sich bringt — einen, wenn auch leichten Zustand von Herzschwäche bewirken, der durch eine lang andauernde Narkose wesentlich verschlimmert, unter der vor-

[1] Zentralblatt für Chirurgie 1900. Nr. 4.

bereitenden Anwendung von Herztonicis aber schnell beseitigt werden kann. Inzwischen habe ich zu meiner Freude gesehen, daß meine Anregung eine freundliche Aufnahme gefunden hat. So empfiehlt Tillmanns in der 8. Auflage seines Lehrbuches der Chirurgie von 1901 meine Methode als für erregte Personen in Betracht kommend. Witzel erwähnt das Verfahren in seinem Vortrage[2]: »Wie sollen wir narkotisieren?« mit folgenden Worten: »Wir haben unseren Kranken einige Tage hindurch Tinct. stroph. mit Tinct. digit. 4mal täglich 15 Tropfen gegeben. Ich kann Ihnen diese vorbereitende Regelung der Herztätigkeit nicht genug empfehlen. Wir geben die Tropfen fast einem jeden Erwachsenen, der operiert werden soll, besonders auch aus dem Grunde, weil eine allgemein beruhigende Wirkung durch das Mittel ganz unverkennbar ist. Schon der Gedanke, daß außer der häufig genug Unwillen erregenden Vorbereitung im Sinne der Aseptik etwas geschieht, macht die Leute geduldiger«. Hier sind nun zwar mehrere Gesichtspunkte angeführt. Ich möchte mir aber doch erlauben, meine erste etwas dürftig gehaltene Mitteilung noch durch einige Bemerkungen zu ergänzen, um im Interesse der methodischen Anwendung des Mittels die einschlägigen Fragen genauer zu präzisieren.

Die erste Untersuchung des Herzens wird gewöhnlich von dem Chirurgen vorgenommen werden, wenn er zu dem Entschluß gekommen ist, einen operativen Eingriff zu unternehmen. Hierbei wird weniger auf etwaige Herzklappenfehler Wert gelegt werden, obwohl sie natürlich auch Beachtung erfordern, als auf die Beschaffenheit des Herzmuskels. Aber auch bei intaktem Herzen genügt die erste Untersuchung nicht, sondern es muß wiederholt die Herzkraft geprüft werden. Bei ganz kräftigen, robusten Menschen ist eine vorbereitende Behandlung des Herzens nicht erforderlich. Sobald aber eine nervöse Erregbarkeit des Herzens festgestellt wird, muß man dieselbe zu vermindern suchen, bevor man die Narkose und die Operation unternimmt. Am Herzen ist in diesen Fällen wenig nachweisbar. Die Herztöne sind matt, zuweilen ein wenig klappend. Der Spitzenstoß liegt an der normalen Stelle, ist aber etwas diffus und undeutlich zu fühlen. Der Puls ist klein und sehr beschleunigt. Bei solchen Personen soll man mehrere Tage hindurch die kleinen Dosen der Strophanthustinktur rein oder, wie Witzel angibt, mit Tinct. digital. vermischt geben, aber nicht mehr als fünf Tropfen von jedem dreimal täglich. Die Wirkung zeigt sich in der Verlangsamung des Pulses, in der größeren Beruhigung, dem Fehlen der Angstzustände, besserem Appetit und gutem Schlaf. Der Puls müßte bei solchen Patienten stets auf höchstens 80 Schläge gebracht werden, ehe man ohne Gefahr für eine akute Herzschwäche narkotisieren dürfte.

---

[2] Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 48.

Die zweite Gruppe bilden diejenigen Fälle, bei denen eine deutliche Muskelveränderung am Herzen nachweisbar ist, von den leichten Formen der Muskelschwäche bis zu der schweren Myokarditis. Hier wird das Kriterum sein, daß man die etwa bestehende Erschlaffung und Verbreiterung des Herzens zu beseitigen sucht, daß man eine vorhandene Arhythmie bekämpft und auch wieder die Pulsfrequenz herabsetzt. Dazu wird freilich zumeist die oben erwähnte Behandlung nicht ausreichen. Hier muß man ein Digitalisinfus verabfolgen, lauwarme Bäder, kohlensaure Bäder verordnen oder auch Strichnininjektionen machen, wie sie von den Franzosen in den letzten Jahren vielfach gegen Arteriosklerose mit günstigem Resultate ausgeführt wurden. In diesen Fällen ist gewiß die Äthernarkose derjenigen mit Chloroform vorzuziehen. Besonders schwierig liegen die Fälle mit Hypertrophie des Herzmuskels. Hier ist auch eine vorbereitende Behandlung wünschenswert und die Unterstützung der Narkose durch eine Morphiuminjektion am Platze. Man wird aber dabei möglichst die tiefe Narkose zu vermeiden haben. Bei den schwereren Formen der Myokarditis wird man von einer Behandlung wenig erwarten dürfen und daher stets — die Dringlichkeit der Operation vorausgesetzt — auf die akute Gefährdung des Herzens durch die Narkose gefaßt sein müssen.

---

1) **Walbaum.** Über das Verhalten der Darmganglien bei Peritonitis.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 37.)

Der Autor hat die von Askanazy auf der Aachener Naturforscherversammlung mitgeteilten Befunde von Spaltbildungen um die Plexus mesenteric. Auerbach bei akuter Peritonitis als Ausdruck der Lymphstauung in den serös durchtränkten Darmwänden und als Ursache der Plexus- und Darmlähmung infolge der Kompression schon bei seinen früheren Untersuchungen erhoben, deutet sie aber als Leichenerscheinung, da sie in ganz frisch untersuchten Fällen auch von Darmlähmung, welche durch Resektion Gelegenheit zu sofortiger Autopsie boten, fehlten, während sie bei der Sektion derselben Fälle, über 12 Stunden nach dem Tode, sich deutlich nachweisen ließen. Der Autor will aber, obgleich er diese Deutung für die Mehrzahl der Fälle auch nach seinen weiteren Untersuchungen festhält, doch anerkennen, daß in einzelnen, selteneren Fällen nur von Peritonitis in den Hohlräumen sich feinste körnige oder fädige Massen finden, welche als Lymphniederschläge gedeutet werden und die Askanazy'sche Erklärung stützen können.

Herm. Frank (Berlin).

---

2) **T. H. Manley.** Appendicitis as viewed in the early part of the last century with a few notes on the essay of Mélier.

(New York med. record 1902. Juli 19.)

M. hat aus der Bibliothek des Generalarztes in Washington das Original der Arbeit von L. Mélier »A mémoire of some maladies of the coecal-appendix« aus dem Journ. of medicine, surgery and pharmacy 1827 erhalten und gibt eine Übersetzung dieses historisch sehr interessanten Schriftstückes, welches schon eine für die damalige Zeit außerordentliche Klarheit über genanntes Leiden bringt.

Loewenhardt (Breslau).

---

3) **J. C. Stinson.** Pathology of appendicitis.

(New York med. record 1902. März 22.)

Die Diagnose des jeweiligen Stadiums der Appendicitis kann allein sicher während und nach der Operation gemacht werden. Daher gibt es nur eine Regel, den Wurmfortsatz zu entfernen, sobald eine Erkrankung vorliegt. Bei allen Eingriffen soll derselbe unmittelbar entfernt werden, wenn bei den Versuchen nach dem Auffinden des Organes keinerlei schwere Schädigungen in Frage kommen. Wenn lokale oder allgemeine Infektion vorliegt, soll die Abszeßhöhle frei geöffnet werden, alle Verwachsungen getrennt, alles veränderte Netz fortgenommen und reichlich mit Salzlösung ausgespült werden. Kotsteine sind häufiger als Fremdkörper als Ursache der Krankheit vorhanden. Am sichersten werden diese Operationen gleich im Hause des Pat. ausgeführt. Etwas eingehender wird die Fremdkörperkasuistik besprochen. **Loewenhardt** (Breslau).

---

4) **Creveling.** Surgical importance of the caput coli.

(Buffalo med. journ. 1902. Dezember.)

Der Blinddarm ist infolge seiner anatomischen Lage und Beschaffenheit zu entzündlichen und infektiösen Erkrankungen besonders geneigt; Erkrankungen des Dickdarmes, des Wurmfortsatzes und der benachbarten Teile gehen oft vom Blinddarme aus und es gibt Fälle, welche mit der Diagnose akute oder chronische Appendicitis zur Operation kommen und bei denen nur am Blinddarme selbst Veränderungen vorgefunden werden, welche einer chirurgischen Behandlung zugänglich sind.

Zum Belege führt C. folgende Fälle an:

1) Operation wegen der Erscheinungen einer typischen akuten Appendicitis. Blinddarm mit entzündlichem Exsudat bedeckt, mit der Bauchwand verwachsen, Wurmfortsatz klein und ganz normal, abgesehen von der Basis, an der die Serosa entzündet ist. Loslösung der Verwachsungen, Heilung.

2) Mehrfach rezidivierte Appendicitis; wegen andauernder Schmerzen bei den geringsten Bewegungen Operation im freien Intervall:

Blinddarm in ganzer Ausdehnung mit der vorderen Bauchwand verwachsen, Wurmfortsatz völlig normal. Nach Loslösung des Blinddarmes dauernde Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

5) **F. Treves.** The Cavendish lecture on some phases of inflammation of the appendix.

(Brit. med. journ. 1902. Juni 28.)

T. betont, daß Entzündung des Wurmfortsatzes streng von dem »Anfall« zu trennen ist, daß erstere lange Zeit bestehen kann, ohne daß irgend welche erhebliche Symptome auftreten. Manche fühlen sich trotz ihres kranken Processus vermiformis völlig gesund, andere klagen nur über zeitweilig auftretende, kurz dauernde Schmerzanfälle im Leibe — möglicherweise handelt es sich dabei um geringe, bald wieder abklingende Bauchfellreizungen; wieder andere klagen über unbestimmte Beschwerden in der Ileocoecalgegend, Druckgefühl, Schmerzen im rechten Bein; daneben bestehen Verstopfung, Kolikanfälle. Die anatomischen Veränderungen in solchen Fällen sind äußerst verschieden, so daß ein Rückschluß aus den klinischen Symptomen auf den Zustand des Wurmfortsatzes nicht angängig ist.

Aus der Ätiologie des akuten, entzündlichen Schubes hebt T. 3 Punkte besonders hervor: 1) das Leben in den Tropen, 2) beim weiblichen Geschlecht die Zeit der Menstruation, 3) am häufigsten eine Kotstauung im Blinddarme.

Die Schmerzhaftigkeit am McBurney'schen Punkt hat nach T. nur insofern Wert, als Schmerzhaftigkeit in der rechten Fossa iliaca allemal verdächtig ist auf eine Appendicitis, und daß der McBurney'sche Punkt ungefähr in der Mitte der betreffenden Gegend gelegen ist.

Bezüglich der Tatsache, daß man häufig den Processus vermiformis zu fühlen glaubt, ohne ihn bei der Operation an der angenommenen Stelle zu finden, bemerkt T., daß es sich dabei vielfach um Muskelkontraktionen der äußeren Fasern des M. rectus oder solcher des M. transversalis oder M. obliquus internus handelt.

Bei der Indikationsstellung zur operativen Behandlung geht T. von folgenden Gesichtspunkten aus: Begrenzte Gangrän des Wurmfortsatzes wie auch Perforationen desselben können unter Umständen vom Organismus ertragen werden; eine Indikationsstellung zur Operation auf die Annahme solcher Veränderungen hin erscheint nicht berechtigt. Die Verhältnisse am Proc. vermiformis sind andere, wie die an den übrigen Teilen des Magen-Darmkanales, so daß die Annahme einer Analogie der Perforationen der Appendix mit ähnlichen Veränderungen des Darmkanales zu falschen Schlüssen führt. Die Sterblichkeitsziffer der Entzündung des Wurmfortsatzes beträgt im ganzen nur 5%, die Sterblichkeitsziffer der Operationen im Anfall schätzt T. dagegen mit 20% eher zu gering als zu hoch. (Die Frühoperationen, die Operationen innerhalb der ersten 48 Stunden nach Beginn des Anfalles werden hier wieder mit den übrigen Operationen

im Anfall in einen Topf geworfen, Eingriffe, welche so vielfach durch den weiteren ungünstigen Verlauf als Ultima ratio diktiert sind, und bei welchen der Ausgang naturgemäß vielfach ein kläglicher ist. Ref.)

Die Entfernung des Wurmfortsatzes im freien Intervall erscheint als ein harmloser Eingriff, zeigt eine Sterblichkeit von 2‰.

Von diesen Voraussetzungen ausgehend, formuliert T. seinen Standpunkt hinsichtlich der operativen Behandlung der akut entzündlichen Schübe folgendermaßen:

1) Unsere Kenntnisse von der Pathologie der Erkrankung und ihre Sterblichkeitsziffer rechtfertigen nicht die Operation, sowie die Diagnose gestellt ist.

2) Eine möglichst frühzeitige Operation erfordern die »ultra-akuten Fälle«. T. setzt sie in Parallele mit der Perforation eines Magengeschwürs. Im Gegensatz zu anderen Anschauungen hält er diese Fälle für leicht erkennbar.

3) Sofortige Operation ist erforderlich in allen Fällen, bei welchen ein begründeter Verdacht einer Abszedierung besteht.

4) In den übrigen Fällen mag die Frage der Operation für die ersten Tage offen gehalten werden und die Entscheidung über die Ausführung derselben bis zum 5. Tage oder später hinausgeschoben werden.

T. betont dabei, daß die größere Mehrzahl der Fälle von Appendicitis spontan heilt ohne Operation und ohne Bildung eines Abszesses, daß die »ultra-akuten« Fälle selten und die Fälle von Abszedierung ungewöhnlich sind.

Bezüglich der Operation im Intervall bemerkt T., es gebe zweifellos Fälle, in welchen im Anschluß an einen Diätfehler ein Anfall auftritt, die Kranken indessen bei Vermeidung von weiteren Diätfehlern auch von weiteren Schüben verschont bleiben. Im allgemeinen spricht aber die Wahrscheinlichkeit dafür, daß dem ersten Anfall ein weiterer folgt, und deshalb hält T. in Anbetracht des geringen Risikos — T. verfügt über ein Material von über 1000 Intervalloperationen mit nur 2 Todesfällen — die Operation nach Abklingen des ersten Anfalles für wünschenswert. Er macht indessen eine Einschränkung, welche bei einem sehr großen Teile der Fachkollegen auf Widerspruch stoßen wird, indem er die Ansicht vertritt, daß bei den Fällen, in welchen sich ein Abszeß gebildet hat, der zur Heilung gelangt ist, die Entfernung des Processus vermiformis aufgeschoben werden darf, bis sich weitere Störungen zeigen. Nach T. soll letzteres nur in einem sehr geringen Prozentsatz der Fälle statthaben. Zustimmung dagegen wird finden, wenn T. die Entfernung der Appendix auch bei den Kranken fordert, bei denen es noch nicht zu einem ausgesprochenen Anfall gekommen ist, welche indessen über dauernde Beschwerden in der Fossa iliaca mit zeitweise auftretenden Exacerbationen klagen. Weiss (Düsseldorf).

---

6) **Kelly.** Under what circumstances is it advisable to remove the vermiform appendix when the abdomen is opened for other reasons?

(Journ. of the amer. medic.-assoc. 1902. Oktober.)

Verf. hat an 80 hervorragende Chirurgen Amerikas die in der Überschrift enthaltene Frage gerichtet, 74 Antworten erhalten. Zusammen mit seinen eigenen Erfahrungen und Ansichten ergibt sich folgendes: 1) der Wurmfortsatz soll bei jeder Eröffnung der Bauchhöhle untersucht werden, falls dies leicht und ohne Gefahr für den Operierten ausführbar ist. 2) Die Mehrzahl der amerikanischen Chirurgen hat sich gegen die Entfernung des völlig gesunden Anhangs ausgesprochen (44 gegen 26). 3) Ist der Wurmfortsatz auch nur im geringsten irgendwo verklebt, so ist er, nach Ansicht der meisten Chirurgen, zu entfernen (60 : 7). 4) Äußerlich gesundes und normales Aussehen des Wurmfortsatzes schließt das Vorhandensein von Kotsteinen im Innern nicht aus. Sind solche vorhanden, so ist die Entfernung angezeigt, auch wenn sonst anscheinend gesunde Verhältnisse vorliegen. 5) Nach rechtsseitiger Ovariotomie soll der Stumpf derselben stets mit Bauchfell übernäht werden, um einer Verwachsung mit dem Wurmfortsatz vorzubeugen. Ein langer und freier Wurmfortsatz soll unbedingt entfernt werden.

Trapp (Bückeburg).

---

7) **A. H. Cordier.** Some clinical and operative phases of appendicitis.

(New York med. record 1902. Oktober 4.)

C. weist auf Trugschlüsse hin, die aus jeder schematischen Beurteilung einer Appendicitis aus Temperatur, Puls und darauf aufgebauter Therapie sich ergeben. Der einzig richtige Standpunkt sei, jeden Fall zu operieren, sobald die Diagnose feststehe; dann gibt es keine Mortalität mehr. Jedenfalls soll man sich nicht allein durch Abwesenheit von »typischen« Symptomen zu einem Aufschub der Operation bestimmen lassen.

Loewenhardt (Breslau).

---

8) **R. T. Morris.** The disadvantages of gauze packing in appendicitis work.

(New York med. record 1902. März 22.)

M. wendet sich gegen die Tamponade und setzt ihre Nachteile für die Bauchchirurgie auseinander. »Wir können meist unsere Bauchwunden ohne Drainage schließen, selbst in Fällen von ausgedehnter Infektion; denn wenn wir den Hauptteil der Infektionsquelle z. B. durch Appendektomie entfernten, besorgen die Leukocyten schon das übrige«; nur bei heftigeren Blutungen ist eine schmale Kapillardrainage besser.

Loewenhardt (Breslau).

---

9) **Mathieu** et **Roux.** Les abus du lavage de l'estomac.

(Gaz. des hôpitaux 1902. Nr. 34.)

Die Magenausspülung wird nach Ansicht der Verff. viel zu oft angewendet. Sie sollte ausschließlich den Fällen anhaltender Stauung vorbehalten bleiben, in denen der nüchterne Magen stets eine gewisse Menge Flüssigkeit und Speisereste enthält.

M. und R. verfahren wie folgt: Für die prinzipiell am nüchternen Magen einmal des Tages vorgenommene Spülung werden 3 bis 4 Liter Wasser verwendet, wovon höchstens $^1/_2$ Liter zur Zeit eingeführt wird. Kurz vor der Ausheberung wird eine subkutane Kochsalzinfusion von 500—600 ccm gemacht. Nach erfolgter und möglichst beschleunigter Spülung wird 1 Liter physiologischer Kochsalzlösung in den Magen gefüllt.

Seit M. und R. dieses Verfahren einhalten, haben sie keine Fälle von Kollaps oder plötzlichem Tode gesehen.

V. E. Mertens (Breslau).

---

10) **Senn.** The purse string suture in gastrorrhaphie for gunshot wounds — an experimental contribution.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1902. November.)

Bei kleinen Verletzungen der Magen- und Darmwand empfiehlt S. angelegentlich die Tabaksbeutelnaht, da sie vor allen Dingen Zeit spart und die Peritonealfläche breiter aneinander legt als Lembertnähte, die namentlich bei Schußwunden, bei denen die Wundränder oft gequetscht sind, leicht durchschneiden. Sind Wunden der vorderen und hinteren Magenwand gleichzeitig vorhanden, so wird durch die vordere Wundöffnung die hintere Magenwand völlig ausgestülpt, abgesucht und ihre Verletzung ebenfalls mit Tabaksbeutelnaht geschlossen. Diese wird so angelegt, daß die Wundränder mit Klemmen gefaßt und ein Stück der Magenwand kegelförmig so hoch gehoben wird, daß die Wunde der Spitze des Kegels entspricht. 1 cm vom Wundrande wird die Naht durchgeführt, und zwar auf der Hinterwand von der Schleimhautseite, ohne das Bauchfell mitzufassen, an der Vorderwand von der Außenseite, ohne die Schleimhaut mitzufassen. Beim Anziehen der Naht muß an der Vorderwand zugleich eine Einstülpung stattfinden. Die Nähte dürfen nicht zu fest angezogen werden. Bei 5 Hunden wurde das Verfahren mit dem besten Erfolge ausgeführt.

Trapp (Bückeburg).

---

11) **Sahli** (Bern). Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwüres.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 12.)

S. wiederholt hier seinen Kassandraruf gegen die allzu häufige operative Behandlung des Magengeschwüres, die nur bei unkompensierbaren anatomischen Stenosen des Pylorus durch Narbenbildung und Verwachsung indiziert sei. Solche werde viel zu oft diagnosti-

ziert. Es sei nicht erwiesen, daß die Gastroenterostomie ein empfehlenswertes Mittel zur Stillung von Magenblutungen ist; besonders fehle dieser Beweis für die gefährlichen Blutungen aus der Arteria lienalis. Nur foudroyante Blutungen seien lebensgefährlich; aber das könne an sich keine Indikation sein, da sonst zahlreiche Fälle überflüssigerweise operiert würden; und eine überflüssigerweise vorgenommene Operation sei so gut ein Kunstfehler, wie die Unterlassung einer notwendigen. Die angeblich konsequent intern behandelten, aber erst durch die Operation geheilten Fälle von Magengeschwür seien keineswegs immer nach den besten und strengsten Vorschriften der internen Medizin behandelt. **P. Stolper** (Breslau).

---

12) **Murphy** and **Neff.** Perforating ulcers of the duodenum.

(New York med. journ. 1901. Sept. 20 u. 27.)

Verff. gehen von amerikanischen Statistiken über das perforierende Duodenalgeschwür aus und erweitern unter Berücksichtigung internationaler Literatur insbesondere die Weir'sche Statistik (ref. Zentralblatt 1901 p. 451) von 176 Fällen auf weitere 19 unter Hinzufügung einer eigenen Beobachtung. Verff. unterwerfen das zusammengetragene klinische Material einer eingehenden Betrachtung nach allen notwendigen Gesichtspunkten. Interessant ist, daß weitaus die Mehrzahl der Fälle das männliche Geschlecht betreffen; Verbrennungen, Nierenerkrankungen und Lungentuberkulose spielen in den Krankengeschichten eine sicher nicht zufällige, bemerkenswerte Rolle, letztere insofern, als käsige Degeneration von Solitärfollikeln mit sekundärer Verdauung des käsigen Materials durch den Magensaft Ulcerationen hervorruft. Überschuß von Salzsäure, lokale Infektionen, Embolie oder Thrombosen, Fremdkörper sind die Hauptentstehungsursachen für Duodenalgeschwüre. Perforation tritt in rund der Hälfte der Fälle ein. Bezüglich der Symptomatologie herrscht große Unsicherheit, doch sind Schmerz, Bluterbrechen und Erbrechen die am meisten auf diese Erkrankung hinweisenden Symptome. Der Verlauf ist häufig nicht akut, sondern chronisch, oft fehlen bei Perforation irgend welche allarmierende Symptome. Die Diagnose ist auch bei nicht perforiertem Geschwür sehr häufig unmöglich. Unter all den bei der Differentialdiagnose in Frage kommenden Erkrankungen erscheint am wichtigsten die Unterscheidung von der akuten Fettnekrose; bei dieser fehlt — was Verff. als absolut sicheres Merkmal angeben — Leukocytose, während sie bei Perforationen besteht. In M.'s Fall war dieses Symptom von großer Wichtigkeit. Auch der Kollaps fehlt bei Duodenalperforationen, abgesehen bei Komplikation mit schwerer Blutung. Derselbe ist nach M. ein Ausdruck der Resorption infektiöser Stoffe und nicht der Perforation an und für sich.

Bezüglich der Operation bei Perforation stehen natürlich Verff. auf dem Standpunkte sofortiger Operation; diese muß aber auch vollständig sein, d. h. einen Verschluß irgend welcher Art der Öffnung

im Darme erzielen. Einfache Laparotomie und Drainage etc. genügt, entgegen Weir's Anschauungen, nicht. Die Inzision soll durch den rechten Rektus erfolgen. M.'s Pat. genas. **Scheuer** (Berlin).

---

13) E. Hepner. Zur Diagnostik und Therapie des inneren Darmverschlusses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Verf. prüft die bisher in der Literatur vorliegenden Mitteilungen über Diagnose und Therapie des inneren Darmverschlusses mit besonderer Berücksichtigung der folgenden zwei Fragen: 1) Wurde die einzuschlagende Therapie von dem Ergebnis der lokalen Untersuchung abhängig gemacht? 2) Wurde während oder nach der Operation auf Entleerung des gestauten Darminhaltes ein besonderes Gewicht gelegt?

Die großen Verschiedenheiten, welche sich bei Beantwortung dieser beiden Fragen seitens der einzelnen Autoren ergeben, stimmen mit den außerordentlich verschiedenen Heilerfolgen überein, wie sie die wichtigsten Statistiken nachweisen. Kocher und Heidenhain, die einzigen, welche die Beseitigung der Circulationsstörung und die Entlastung des überfüllten Darmes in den Vordergrund der Behandlung des Ileus stellen, haben die besten Heilerfolge.

Verf. teilt dann im einzelnen die Erfahrungen mit, welche in der chirurgischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau (Sanitätsrat Riegner) bei der operativen Behandlung des Darmverschlusses gemacht wurden. Die Kasuistik umfaßt 31 Fälle mit einem Heilerfolge von 48,5%.

Zusammenfassend zieht Verf. folgende Schlüsse aus seinen Beobachtungen:

Damit die Mortalität der an innerem Darmverschlusse leidenden Kranken herabgesetzt werde, ist es notwendig,

1) daß sofort, nachdem die Diagnose mit Sicherheit oder auch nur Wahrscheinlichkeit gestellt worden ist, die chirurgische Behandlung in den Vordergrund der Betrachtung gestellt wird;

2) daß der Forderung, den Darm von seinem gestauten Inhalt zu befreien, die gleiche Wichtigkeit beigemessen werde, wie der, durch Tastung eine genaue Diagnose vor der Operation zu stellen.

Blauel (Tübingen).

---

14) C. Borszéky und A. v. Genersich. Beiträge zur Lokaldiagnose der inneren Darmocclusionen und zur Frage der Autointoxikation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Die Verff. stellten Tierversuche zur Lösung folgender drei Fragen an:

1) Sind die im Verlaufe der inneren Darmverschließung auftretenden allgemeinen Symptome das Resultat einer durch Bakterien verursachten Autointoxikation?

2) Kann die bei der Inkarzeration auftretende Indikanurie zur Erkennung der Inkarzerationsstelle verwendet werden?

3) Ist es etwa möglich, die Stelle des Verschlusses in der Weise aufzufinden, daß man Metallpartikelchen verschlucken läßt, die, wenn sie bis zur Inkarzerationsstelle gelangen, mit Röntgendurchleuchtung leicht nachzuweisen wären?

Die Versuche wurden an 50 Kaninchen und 5 Hunden vorgenommen. Bei den Kaninchen wurde die Darmocclusion einfach durch Unterbindung der Lichtung unter Schonung des Mesenteriums erreicht; bei den Hunden dagegen mußte eine ganze Darmschlinge mit ihrem Gekröse unterbunden werden, da einfache Ligaturen jedesmal durchschnitten, und sich die alte Kanalisation wieder herstellte.

Zur Lösung der ersten Frage wurden bakteriologische Impfungen aus dem Inhalte der Bauchhöhle und dem Blute angestellt. Zur Harnuntersuchung wurde nur der mit dem Katheter oder durch Druck auf die Blase 2mal täglich gewonnene Urin verwendet. Zur Entscheidung der dritten Frage wurden entweder Schrotkörner durch Gastrotomie in den Magen gebracht oder eine geringe Menge Quecksilber in die Mundhöhle gegossen, welches gut verschluckt wurde.

Die Ergebnisse der in extenso aufgeführten Versuche waren folgende: Es wurde das Bakterium coli bei Dickdarmverschluß in 62,5%, bei Dünndarmverschluß in 38% und bei Blinddarmunterbindung in 82% in der Bauchhöhle und im Blute nachgewiesen, und zwar wurde dasselbe schon zu einer Zeit gefunden, als nicht einmal die geringsten makroskopischen Anzeichen einer Peritonitis vorhanden waren.

Die Harnanalyse auf Indikan ergab bei Dünndarmverschluß in 85,7%, bei Dickdarmverschluß in 19% und bei Unterbindung des Blinddarmes in 20% der Fälle ein positives Resultat.

Alle Versuche, die Verschlußstelle mittels Röntgenstrahlen nachzuweisen, blieben resultatlos, weil die Schrotkörner nicht ein einziges Mal den Magen passierten und das Quecksilber niemals bis zur Verschlußstelle gelangte.

Es ist also als erwiesen zu betrachten, daß beim Entstehen der schweren Symptome infolge eines inneren Darmverschlusses dem Bakterium coli mindestens eine ganz bedeutende Rolle zufällt.

Die Indikanurie ist zwar nicht als ein charakteristisches Zeichen eines Dünndarmverschlusses zu betrachten, doch muß zugegeben werden, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Indikan schon sehr frühzeitig im Harn erscheint. **Blauel** (Tübingen).

15) **H. Gebele.** Weitere Bemerkungen über Atropin. (Aus der chirurgischen Klinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 42.)

G. tritt den Ansichten Ostermaier's bezüglich der von diesem behaupteten anregenden Wirkung des Atropins auf die Peristaltik des Darmes entgegen und weist nach, daß das Mittel vor allem eine lähmende Wirkung auf den Darm ausübt und darauf der günstige Erfolg der Atropininjektionen in Ostermaier's Fällen von leichter Darmeinklemmung beruht habe. Ein solches Resultat sei in diesen Fällen auch durch warme Dauerbäder und Morphineinspritzungen zu erreichen, während bei schwerer Inkarzeration oder gar bei Strangulation mit Unterbrechung der Kot- und Blutcirculation die Atropinbehandlung geradezu schade. Da sich aber leichte und schwere Darmeinklemmungen klinisch häufig nicht unterscheiden lassen, sei die Anwendung des Atropins bei eingeklemmten Brüchen prinzipiell zu verwerfen. Wie gefährlich dieselbe sei, erläutert G. durch Mitteilung einiger infolge dieser vorherigen, ein Wohlbefinden der Pat. vortäuschenden Behandlung zu spät zur Operation gelangter, tödlich verlaufener Fälle.

Kramer (Glogau).

---

16) **E. J. Kanski.** Bemerkung über den magnesialen Darmknopf Chlumsky's.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Zeidler wandte den Magnesiumknopf 3mal bei Gastroenterostomie an. In 2 Fällen wurde nur eine Hälfte des Knopfes ausgeschieden. Das erweckte Zweifel an der Behauptung Chlumsky's, daß Magen- und Darmsaft in gleichem Maße auf den Knopf einwirken. K. unternahm daher Versuche an Hunden und im Glase mit Magen- und Darmsaft, sowie verschiedenen Säuren. Er machte Gastroenterostomien sowie Darmanastomosen, die wenigstens $1/_2$ m vom Pylorus entfernt angelegt wurden. Schlußfolgerungen: im alkalischen Darmsaft ist das Magnesium unlöslich, und bietet in diesen Fällen Chlumsky's Knopf keinen Vorteil von demjenigen Murphy's. Im Magen und im Anfangsteil des Darmes, wo der Inhalt noch sauer reagiert und nicht vom alkalischen Darmsafte neutralisiert ist, wird Chlumsky's Knopf gelöst. Enthält der Magen bedeutende Mengen von Salz- oder Essigsäure, so kann das Magnesium sehr rasch gelöst werden, und muß daher in solchen Fällen Chlumsky's Knopf sehr vorsichtig angewendet werden.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

17) **Harrington.** Segmented ring for intestinal anastomosis.

(Boston med. and surg. journ. 1902. November.)

Die Ringe, von größerer oder geringerer Weite und Breite, bestehen aus 4 Segmenten, die durch eine Art Gelenkverbindung, deren einzelne Teile sorgsam abgerundet sind, ineinander passen. Sie werden zusammengehalten durch Durchstecken einer dünnen

Stahlschraube mit langem Handgriffe, die durch die Mitte eines Segmentes durchgesteckt und im gegenüberliegenden festgeschraubt wird. Die Außenfläche des Ringes ist rinnenförmig. Bei der Darmnaht werden die Enden des Darmes durch Tabaksbeutelnähte auf dem Ringe, der während dessen am Handgriffe vom Assistenten gehalten wird, befestigt, nachher Lembertnähte darübergelegt, dann der Handgriff ausgeschraubt, seine Durchgangsstelle durch eine solche Naht geschlossen. Sowie die Tabaksbeutelnaht durch Resorption des Katgut locker wird, zerfällt der Ring in seine Teile, die vermöge ihrer Kleinheit leicht abgehen. Er kann nach Ausschrauben des Handgriffes auch leicht durch einen Druck auf den Darm sofort zerlegt werden. Der Ring kann zur Vereinigung End zu End, Seite an Seite und zur Gastroenterostomie gleich gut gebraucht werden. Seine Vorteile gegen den Murphyknopf sind: Größere Leichtigkeit — er besteht aus Aluminium —, größere Sicherheit des Abgehens, leichtere Handhabung; bedeutend weitere Lichtung. Er ist vom Verf. mehrfach mit Erfolg angewandt. Verfertiger: Codman & Shurtleff in Boston. — Das kleine Instrument scheint beachtenswert.

Trapp (Bückeburg).

---

18) **E. Ehrich.** Zur Ligaturbehandlung der Hämorrhoiden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

In der Rostocker chirurgischen Klinik ist die Ligaturbehandlung der Hämorrhoiden durch Madelung und Garrè vorwiegend geübt worden. Madelung verfuhr folgendermaßen: Die größten der Knoten werden mit kräftigen Balkenzangen gefaßt, hervorgezogen und dann an der durch die Zange gebildeten Basis mit stärkstem Seidenfaden umschnürt. Garrè nahm zuerst eine manuelle Dehnung des Sphinkter vor, faßte dann ebenfalls die zu entfernenden Knoten mit Balkenzangen und unterband sie nun entweder ohne weiteres oder nach vorheriger seichter Einkerbung an der Seite. Durchschnittlich am 5. Tage nach der Operation wurde Ricinus gegeben, worauf gewöhnlich mit dem ersten Stuhl ein Teil der Fäden abging, der Rest an den nächsten Tagen folgte.

Die Erfolge, welche an der Rostocker Klinik mit diesem Verfahren erzielt worden sind, stehen nicht hinter denen anderer Methoden zurück. Die Einfachheit der Technik und der Nachbehandlung, sowie eine größere Garantie gegen Komplikationen seien die Vorzüge, welche das Ligaturverfahren vor den übrigen Methoden der Radikalbehandlung, der Exzision und der Kauterisation, besitze.

Blauel (Tübingen).

19) **M. Duret.** Note sur un procédé d'extirpation du rectum par la voie abdomino-périnéale, avec abouchement consecutif de l'S iliaque à l'anus, conservation du sphincter et du canal anal.

(Bull. de l'acad. de méd. LXVI. ann. Nr. 37.)

Das Verfahren soll sich für hochsitzende Mastdarmkrebse eignen. Es besteht darin, daß durch Bauchschnitt der erkrankte Darmteil ausgelöst und das Mesokolon pelvin. zwischen Abgang der Art. colica inf. sin. und dem freien inneren Rande des Mesokolon — also in einer völlig gefäßlosen Zone — soweit eingekerbt wird, daß das S romanum ohne Gefahr zu großer Spannung und folgender Gangrän tief herabgezogen werden kann. Dann wird es nach Resektion des Kranken am Sphinkterteil des Afters fixiert.

Zweimal hat D. die Operation ausgeführt. Obgleich er nicht das Glück hatte, die beiden Kranken zu erhalten, ließ sich doch an den Nahtstellen zur Genüge erkennen, daß sie nicht von Gangrän bedroht und insofern die Methode nicht der Anlaß des ungünstigen Ausganges war. **Christel** (Metz).

Kleinere Mitteilungen.

Instrument zur Kompression der Aorta bei gewissen Bauch- und Beckenoperationen.

Von

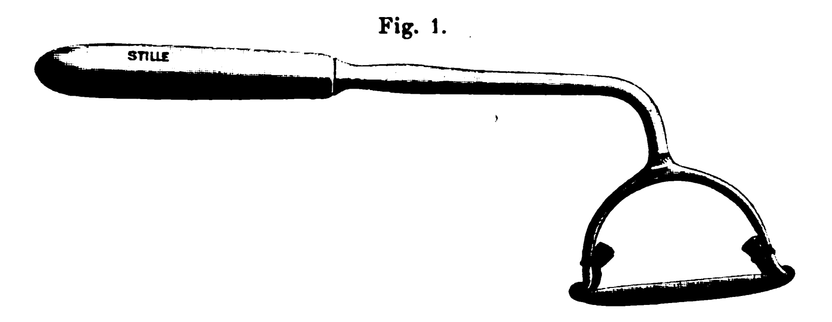
Karl Dahlgren,
Dozent der Chirurgie an der Universität Upsala.

Im Januar 1897 wandte Prof. Lennander temporäre Kompression der Aorta zur Exstirpation papillärer Ovarialkystome mit ausgedehnten Verwachsungen mit angrenzenden Organen an. Der Effekt der Aortakompression, die vom Verf. digital ausgeführt wurde, war augenfällig. Lennander sagt in seiner Beschreibung des Falles: »Ohne genannte Kompression hätte die Operation meines Erachtens nicht zu Ende geführt werden können«. Später hat Lennander in einigen weiteren ähnlichen Fällen mit bestem Erfolge sich dieses technischen Hilfsmittels bedient. Ich selbst habe Gelegenheit gehabt, dessen große Bedeutung bei der Exstirpation eines großen extraperitonealen, im Becken entwickelten Cervixmyoms zu konstatieren. Die Ausschälung des Tumors aus dem Bette ging in größter Ruhe ohne irgend welche Blutung vor sich. Auf Grund dieser Erfahrungen beschloß ich bei einem Kaiserschnitte, den ich im vergangenen Frühling auszuführen hatte, zu versuchen, ob nicht die Aortakompression als Ersatz für die Cervixkompression dienen könnte, welch letztere bekanntlich nicht frei von ungünstigen Nebenwirkungen ist. Dieser Versuch fiel sehr gut aus. Die Inzision in den Uterus (Querschnitt im Fundus) wurde ohne Blutung vollführt, obwohl mehrere recht ansehnliche Gefäßlumina in der Schnittfläche sichtbar waren. Ich glaube aus diesem Grunde berechtigten Anlaß zu der Annahme zu haben, daß die Aortakompression große Bedeutung als präventives Blutstillungsmittel sowohl bei Kaiserschnitt als bei einer Reihe anderer größerer Operationen im Becken und Bauch erlangen wird.

Die Kompression kann mit der Hand ausgeführt werden und ist in den mir bekannten Fällen so ausgeführt worden. Hierzu ist indessen erforderlich erstens ein anatomisch gebildeter Assistent, der während der Operation sich ganz und gar

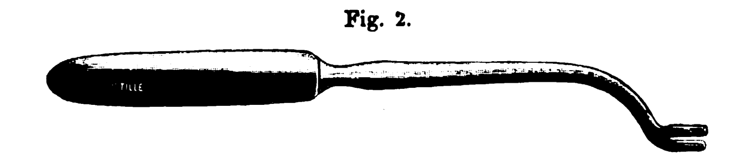
dieser Aufgabe widmet, und ferner eine ziemlich bedeutende Ausdehnung des Bauchschnittes. Außerdem bildet bei engem Raume die komprimierende Hand ein großes Hindernis für den Operateur. Diese Übelstände werden vermieden, wenn für die Kompression statt dessen ein handliches Instrument verwendet wird. Ich habe daher das Aortakompressorium konstruiert, das in untenstehenden Figuren abgebildet ist. Das Instrument hat das Aussehen eines mit winkligem Schaft versehenen Steigbügels, dessen Fußplatte durch einen groben, ziemlich stark gespannten Gummischlauch ersetzt ist (Fig. 1), der quer über der Wirbelsäule oberhalb der Teilung der Aorta angebracht wird. In dieser Form wurde das Instrument bei oben erwähntem Kaiserschnitte angewandt. Nachdem der Uterus durch den Bauchschnitt herausgewälzt war, wurde das Kompressorium an seine Stelle

Fig. 1.



plaziert und einer Wärterin überlassen, mit der Instruktion, auf Befehl dasselbe gegen die Wirbelsäule zu drücken. Dieser Druck braucht, wovon ich mich bei Operationen im Bauche habe überzeugen können, nicht besonders stark zu sein. Indessen habe ich, um die Handhabung des Instrumentes zu erleichtern, einen losen Schaft (Fig. 2) anfertigen lassen, der auf eine einfache Weise an dem Übergange des steigbügelähnlichen Teiles in den festen Schaft und in entgegengesetzter Richtung zu diesem angebracht werden kann (Fig. 3). Werden beide Griffe angewendet, ist es eine äußerst leichte Sache, das Instrument an seinem Platze zu halten und den nötigen Druck auszuüben.

Fig. 2.



Wird das Kompressorium ein Stück oberhalb der Teilung der Aorta angebracht, so werden auch die A. mesenterica und die Aa. spermaticae internae abgeschlossen.

Bekanntlich hat Langenbuch vorgeschlagen, bei Leberoperationen, wo man stärkere Blutung befürchtet, temporär A. hepatica und V. portae nebst A. mesenterica superior und event. auch A. mesenterica inferior zu unterbinden. Gegen einen solchen Operationsplan kann mit Recht angeführt werden, daß diese Unterbindungen, als Voroperation betrachtet, einen recht beträchtlichen Eingriff, besonders mit Rücksicht auf die hierzu notwendigen wesentlichen Störungen in der Lage der Därme, darstellt. Aus Anlaß eines von Prof. Borelius bei einer Diskussion gemachten Vorschlages, die Unterbindung der Aa. mesentericae und hepaticae durch Kompression der Aorta oberhalb des Tripus Halleri zu ersetzen, kam ich auf den Gedanken, daß es möglich wäre, mein Aortakompressorium nicht bloß bei Operationen in den unteren Teilen des Bauches und Beckens, sondern auch bei Leberoperationen zu verwenden. Dem für diesen Zweck bestimmten Instru-

ment habe ich eine etwas veränderte Form mit längerem und anders gebogenem Schafte gegeben (Fig. 4). Wird die Weite des Steigbügels hinreichend bemessen (9,5—10 cm), so kann, wenigstens bei Abwesenheit von Verwachsungen in diesem Teile des Bauches, ohne Schwierigkeit die Aorta an der oben angegebenen Stelle und dem Lig. hepato-duodenale mit der A. hepatica und V. portae gleichzeitig komprimiert werden. Das Instrument wird von der linken Seite des Pat. aus bedient.

Fig. 3.

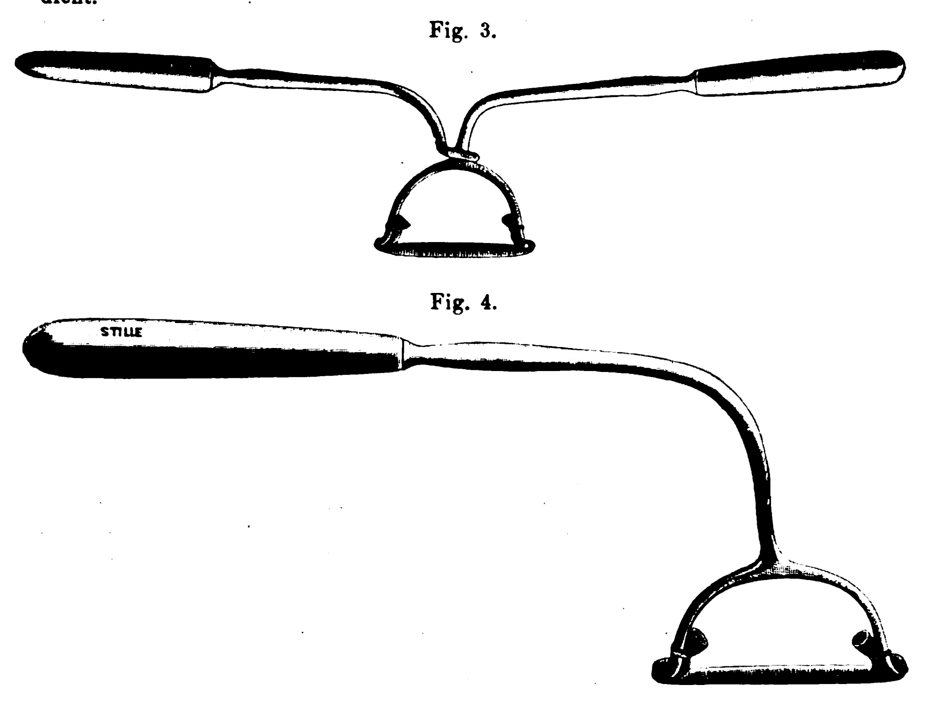


Fig. 4.

Die Bedeutung des Instrumentes bei Leberoperationen hängt natürlich davon ab, wie lange die Kompression der Aorta an diesem Punkte ohne Gefahr für den Pat. fortgesetzt werden kann, eine Frage, über die es meines Wissens an bestimmter Erfahrung noch fehlt.

Das Instrument kann von Instrumentenmacher Stille, Stockholm, bezogen werden.

(Aus dem Elisabeth-Krankenhause zu Kassel.)

Ein Infilatorium.

Von

Dr. Franz Kuhn.

Dem chirurgischen Nahtmaterial seine absolute Keimfreiheit bis zur Versenkung in die Wunde zu garantieren, kann nicht genug getan werden. Namentlich sollte jede Berührung eines ausgekochten Fadens vermieden werden.

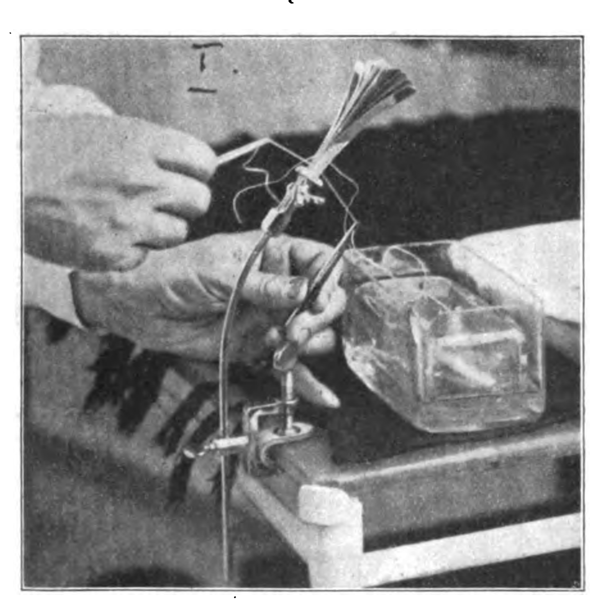
Es ist nicht zu verkennen, daß das übliche Einfädeln der Nadeln, trotz der Patentöse, häufig, namentlich wenn der Operateur auf Beschleunigung drängt, auch einen gewissenhaften Einfädler bezüglich der Keimfreiheit in Verlegenheit bringen kann. Ich wenigstens konnte mir nie über diese Lücke einer sonst durchsichtigen Asepsis hinweg helfen. Auch andere scheinen Ähnliches empfunden zu haben.

Daher empfahl Schoemaker[1] im Haag im Zentralblatt für Chirurgie im letzten Jahre eine »gabelförmige Pinzette«, »mittels welcher der Faden gefaßt und in das federnde Öhr der Nadel eingedrückt wird«.

Diese Form eines »Infilators« ist recht zweckmäßig. Ich selbst habe eine Art von Doppelpinzette, die Stille'sche Doppelpinzette, die bereits seit längerer Zeit im Handel ist und zur Naht der Haut eine recht zweckmäßige Anwendung findet, schon lange bevor ich den Vorschlag von Schoemaker gelesen hatte, genau, wie dieser es beschrieben, zum Einfädeln der Nadeln in Verwendung gehabt und meiner Operationsschwester in ihren Nähapparat einfügen lassen. Diese Doppelpinzette läßt jede Berührung des Fadens mit bloßen Händen umgehen, spannt denselben über dem Federöhre und erlaubt ein rasches und sicheres Eindrücken des Fadens.

Für größere Bedürfnisse genügt aber die Pinzette kaum. Für stationäre Zwecke ist es wünschenswert, einen stehenden Apparat zu haben, 1) der fest vor dem Nahtmaterialbehälter steht, an dem 2) diese Fäden leicht aufzufinden und loszu-

Fig. 1.



machen und ebenso leicht zum Zwecke des Aufdrückens der Nadel anzuklemmen sind.

Einen solchen Apparat, der an jeden Tisch paßt, schlage ich in folgendem vor. Er hat sich in meiner Klinik seit längerer Zeit zu meiner und meiner Schwestern Zufriedenheit bewährt.

Er besteht, wie aus Fig. 1 zu ersehen, aus einem kleinen, an der Tischplatte anzuschraubenden Schraubstock, auf den ein Stab (verschieblich) paßt, der an seinem oberen Ende in eine Anzahl fächerförmiger Spangen ausläuft. Zwischen diesen strahlenförmig divergierenden Spangen, welche aus dem sie tragenden Köcher herausnehmbar sind (Reinigen!) bleiben natürlicherweise Spalten, die nach unten sich mehr und mehr verengern und verjüngen; damit diese an

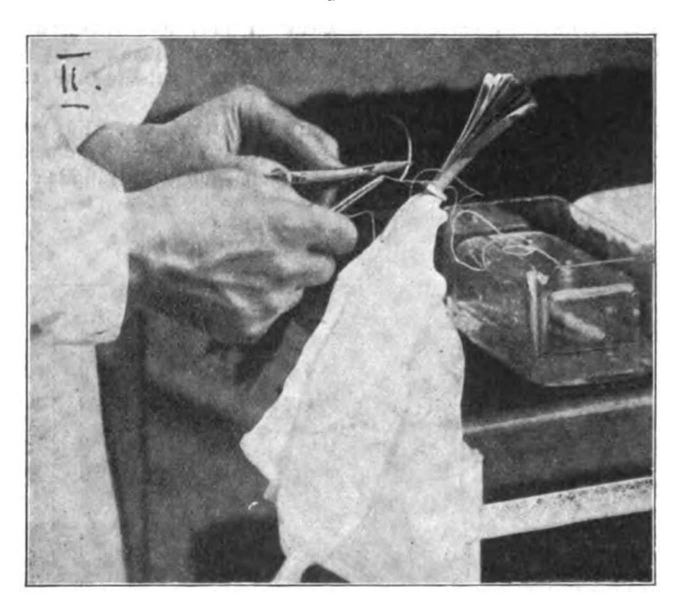
[1] Schoemaker, Ein Infilator. Zentralblatt für Chirurgie 1902. Fabrik: G. Römer, Nimwegen (Holland).

ihrem unteren Ende recht enge werden können, dafür sorgt eine kleine Schraube, welche die Spangen wie in einem Schlosserschraubstocke zusammenpreßt.

In diesen immer enger werdenden Spalten fängt sich ein Faden leicht, event. unter Hilfe einer Pinzette (Fig. 1), klemmt sich fest und gibt die andere Hand zum Aufdrücken des Nadelöhrs (Fig. 2) frei. Die Bedienung des Apparates ist



Fig. 1.



aus den Bildern leicht einleuchtend und einfach. Zur besseren Wahrung der Asepsis hängt man dem Ständer, der vor der Operation ausgekocht wird (wie in Fig. 2 zu ersehen), eine sterile Kompresse um.

Der Apparat wird von Evens & Pistor, Kassel, hergestellt.

---

20 Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

128. Sitzung am 8. Dezember 1902.

Vorsitzender: Herr Körte.

1) Herr Körte zeigt einen 1891 wegen Enchondroms des linken Humerus operierten Pat. (Exartikulation mit der halben Clavicula und einen Teil der Scapula), der sich bis jetzt guter Gesundheit erfreut, und einen zweiten, bei dem vor 3 Jahren ein weicher Schleimpolyp des Pharynx nach voraufgegangener Tracheotomie mit Anwendung der Preßschwammkanüle durch Pharyngotomia subhyoidea entfernt wurde; der Tumor saß seitlich und nach hinten von der rechten Plica aryepiglottica; Pat. ist geheilt und ohne Beschwerden.

2) Herr Körte: **Vorstelllung eines Falles von Nervenpfropfung des Nervus facialis auf den Nervus hypoglossus.**

Bei Gelegenheit der Operation einer ausgedehnten Knocheneiterung im Proc. mastoideus und Felsenbeinpyramide mußte der linke N. facialis am Foramen stylomastoideum durchtrennt werden. K. legte den N. hypoglossus an der Kreuzungsstelle mit dem hinteren Bereich des Digastricus frei, löste ihn nach aufwärts gegen

die Schädelbasis und verband dann den distalen Facialisstumpf seitlich mit dem Hypoglossus. Es folgte zunächst eine totale Facialisparalyse, sowie halbseitige Zungenatrophie und Parese. 6 Monate später zeigten sich zuerst Spuren aktiver Beweglichkeit in den Muskeln des Mundwinkels (Prof. Bernhardt); allmählich nahm die Kontraktilität der Gesichtsmuskeln zu, die Entartungsreaktion besserte sich. Pat. kann jetzt, $11^1/_2$ Monate p. op., die Muskeln des Mundwinkels, sowie den Orbicularis oculi aktiv gut bewegen, dabei traten Mitbewegungen der linken Zungenhälfte auf. Der Fall beweist, daß die vom linken N. facialis versorgten Muskeln durch die Bahn des Hypoglossus Bewegungsimpulse erhalten können. Vortr. verweist auf die experimentelle Arbeit von Manasse und Kennedy, sowie auf die von letzterem mit Erfolg ausgeführte Pfropfung des distalen Facialisendes auf den N. accessorius. (Ausführliche Publikation in der Deutschen med. Wochenschrift.)

Diskussion: Herr Gluck erwähnt, daß er vor längerer Zeit bei einer Radikaloperation am Ohre den Facialisstumpf in den Accessorius eingepflanzt hat. Er hat den Kranken vor kurzem untersucht, die Funktion hat sich wieder hergestellt; er wird den Fall vorstellen.

3) Herr Körte: Vorstellung zweier Fälle von operativ geheilten Geschwürsperforationen am Magen.

1) 24jähriger Mann wurde 16 Stunden nach der Perforation operiert; Bauchschnitt vom Proc. ensif. bis zum Nabel; im Bauche wenig Luft, trübe Flüssigkeit, frische und ältere Adhäsionen zwischen Magen und Leber; Perforation an der Vorderwand nahe der Cardia an der kleinen Kurvatur. Die Öffnung wird mit den Fingern gefaßt, unter Leitung derselben werden die ersten Nähte gelegt; zweireihige Naht mit Zwirn, mit Netzzipfel gedeckt. Gründliche Reinigung der Bauchhöhle mit Tupfern und reichlicher Salzwasserspülung. Schluß der Bauchwunde. Langsame Rekonvaleszenz, während derselben linksseitiges Pleuraexsudat, das sich spontan resorbierte. Da Magenbeschwerden trotz interner Behandlung weiter bestanden, machte K. 4 Monate später die Gastrojejunostomia post. nach v. Hacker, worauf sich die Beschwerden zunächst verloren, bis im Oktober d. J., 11 Monate später, eine Magenblutung zeigte, daß das Ulcus fortbestand. Die Magenbeschwerden sind zur Zeit geschwunden.

Der zweite Pat., 39 Jahre alt, wurde 13 Stunden nach der Perforation operiert; in der Bauchhöhle viel freies Gas, zwischen Magen und Leber fibrinöseitrige Beläge; Perforation an der Vorderwand des Magens nahe der kleinen Kurvatur, fingerkuppengroß; Exzision der schwieligen Ränder, zweireihige Naht, mit Netz gedeckt. Sorgfältige Reinigung aller Nischen der Bauchhöhle, Jodoformgaze auf die Perforation, Bauchhöhle im übrigen geschlossen. Gute Rekonvaleszenz bis auf eine leichte Thrombose im linken Unterschenkel.

4) Herr Brentano: Vorstellung zweier operativ geheilter Magenperforationen.

1) 53jähriger Mann, schwer kollabiert, wird 10 Stunden nach der Perforation operiert. Viel trübes Exsudat in der Bauchhöhle, erbsengroße Perforation am Pylorus. Übernähung des Geschwüres. Da dadurch der Pylorus zu eng wird, sofortige Gastroenterostomia retrocol. post. Drainage der Bauchhöhle vom oberen und unteren Wundwinkel und von einer Gegeninzision unterhalb der 7. Rippe aus. Durchgreifende Naht. Glatte Heilung. Pat. ist zur Zeit ohne Beschwerden.

2) 26jähriges Mädchen, vor einem Jahre in einem anderen Krankenhause wegen Pylorusstenose operiert (Gastroenterostomia antecol. mit Braun'scher Anastomose). Außer leichten peritonitischen Erscheinungen in der linken Oberbauchgegend eine sehr schmerzhafte Resistenz von Handtellergröße. 16 Stunden nach der Perforation Laparotomie in der alten Narbe. In der freien Bauchhöhle weder Exsudat noch sonstige Zeichen allgemeiner Peritonitis. Vorderfläche des Magens fest mit der Bauchwand verwachsen. Unterhalb des Magens eitrig belegte, verklebte Dünndarmschlingen. Nach Lösung der Verklebungen zeigt sich die zur Gastroenterostomie benutzte Schlinge an $^1/_3$ der Circumferenz vom Magen abgerissen; Magen

um die Perforation schwielig verdickt. Schluß der Perforation durch Übernähung mit Netz. Neue Gastroenterostomia retrocol. post. unter Benutzung des zuführenden Schenkels der alten Gastroenterostomie. Netz über die Vorderfläche des Magens geschlagen, um die Wiederverwachsung mit der Bauchwand zu verhindern. Bauchnaht. Heilung ohne Zwischenfälle.

5) Herr Brentano: Bericht über 63 im Krankenhaus am Urban beobachtete Magenperforationen.

Unter den Kranken überwog das weibliche Geschlecht $2^1/_2$mal. Die Perforation führte in $^2/_3$ der Fälle zur allgemeinen eitrigen Peritonitis; 14 von diesen kamen zur Operation, 4 während der ersten 16 Stunden; diese sind gerettet. Die Prognose hängt davon ab, daß man früh operiert; das ist möglich, da die Diagnose in der Regel zu stellen ist. Die Anamnese weist gewöhnlich auf den Magen (in $^2/_3$ der Fälle vorher Magenschmerzen, Erbrechen, seltener Blutbrechen) und auf eine Perforation (plötzliche Verschlimmerung resp. Erkrankung mit heftigstem Schmerz und Kollaps); peritoneale Reizerscheinungen waren zuweilen vorausgegangen. In selteneren Fällen setzt die Krankheit unbestimmter mit Übelkeit, Leibesauftreibung, Schüttelfrost ein. Der Perforationsschmerz wird meist nicht richtig lokalisiert; Erbrechen folgt gewöhnlich erst später als Zeichen der Peritonitis. Das Bild in den ersten Stunden nach der Perforation, bevor die diffuse Peritonitis im Vordergrund steht, zeigt die Kranken kollabiert bei noch gutem Puls, große Druckempfindlichkeit und bretthartе Spannung der Muskulatur im Epigastrium; Verkleinerung der Leberdämpfung ist nicht immer vorhanden, wird zuweilen durch das geblähte Kolon vorgetäuscht; freier Peritonealerguß ist oft früh nachweisbar. Die Operation bestand 9mal wegen vorgeschrittener Peritonitis in der Drainage der Bauchhöhle; dabei heilte ein Fall, der zudem etwas zweifelhaft ist; 5mal wurde das Geschwür aufgesucht und vernäht, 1mal nach Exzision; die 3 am frühesten Operierten sind geheilt; bei der Reinigung der Bauchhöhle ist besonders der subphrenische und subhepatische Raum zu berücksichtigen. Ist die Diagnose nicht gesichert, so weist ein nicht oder sauer riechendes Exsudat mit Speiseresten und Gasblasen, das sich hauptsächlich aus den oberen Teilen der Bauchhöhle entleert, auf den Magen. Die (meist frischen) Geschwüre, deren Durchbruch diffuse Peritonitis verursachte, saßen in $^4/_5$ der Fälle an der vorderen Magenwand in der Pylorusgegend. Bei der Sektion wurden zuweilen andere tiefgehende Magengeschwüre und einige Male mehrere Perforationen (der Vorder- und Hinterwand) gefunden, so daß man sich mit der Vernähung eines Geschwüres nicht ohne weiteres begnügen darf. — Die circumskripte eitrige Peritonitis, die unter dem Bilde des subphrenischen Abszesses verläuft, ist von Körte auf dem Chirurgenkongreß besprochen; von 10 Fällen sind 9 operiert mit 4 Heilungen. — Die Fälle endlich mit circumskripter nicht eitriger Peritonitis begleiten die alten kallösen, penetrierenden Geschwüre, die sich in die Nachbarorgane, mit denen sie verwachsen, hinein erstrecken. An der Vorderwand bilden sich fühlbare, schmerzhafte Tumoren, die oft diagnostizierbar sind, weil die Anamnese auf ein länger bestehendes Magenleiden hinweist; unter drei beobachteten Fällen erkrankten zwei plötzlich nach Heben einer Last mit dem Gefühl der inneren Zerreißung; einen hat B. vorgestellt; ein zweiter ist von Körte nach Resektion des Geschwüres zur Heilung gebracht; ein dritter kam spontan zur Heilung. Bei den Geschwüren der Hinterwand sind Magenblutungen am häufigsten; dieselben dringen in die Substanz des Pankreas und arrodieren größere Gefäße; der allmählich sich vollziehenden Perforation fehlen alle Erscheinungen. Von 7 Fällen dieser Art kamen 4 zur Operation ohne einen Erfolg; 3mal wurde die Gastroenterostomie gemacht, 1mal die Gastrostomie zwecks Unterbindung des blutenden Gefäßes; für eine Magenresektion erschienen sie wegen des schlechten Allgemeinzustandes meist nicht geeignet.

Herr Körte betont noch einmal, daß nur Frühoperationen Erfolg bringen können. Irrtümer können dabei vorkommen; 3mal wurde wegen Symptomen von Geschwürsperforation operiert, und es war kein Magengeschwür da. Einmal hat es sich wahrscheinlich um Perforation eines Ösophagusgeschwürs gehandelt, die

nach einer Argentumeinspritzung eingetreten ist; es fand sich ein Blutextravasat, das anscheinend von der Cardia her kam; der Kranke starb, die Sektion ist nicht gemacht worden. In den 2 anderen Fällen hat der operative Eingriff nicht geschadet. Wenn man wartet, bis deutliche Zeichen von Peritonitis da sind, so kommt man zu spät. Gründlichste Reinigung der Bauchhöhle ist sehr wichtig.

6) Herr Wieck. Implantation der Ureteren in die Flexura coli sigmoidea wegen Blasenspalte.

Bei dem Kinde war, als es $2^1/_2$ Jahre alt war, eine Plastik ohne Erfolg versucht worden. Die Operation fand im Mai 1901 bei dem $8^3/_4$ Jahre alten Kinde statt; von der früheren Operation bestand im Bereiche der 3 Finger breiten Symphysenspalte ein quer verlaufender narbiger Hautstreifen; starkes Ekzem der Umgebung. Die Ureteren entleerten klaren Urin. Es wurde die Blasenschleimhaut exstirpiert bis auf das die Ureteren umgebende Stück, Ableitung des Urins durch Katheter. Nach Eröffnung des Peritoneums wird der Rest der Blase mit den Ureteren in die hervorgezogene Flexur implantiert. Der Urin wurde vom 7. Tage an am Tage mehrere Stunden, vom 10. Tage an vollständig gehalten und 2- bis 3stündlich spontan und mit Kot gemischt entleert; Nachts ließ die Pat. noch etwas unter sich. In der Nahtstelle trat am 14. Tage eine Fistel auf, die sich spontan schloß. Jetzt, nach $1^1/_2$ Jahren, hält Pat. am Tage den Urin 4—5 Stunden, sie entleert ihn spontan und zeitweise ohne Kotbeimengung. Nachts läßt sie etwas unter sich. Symptome von Nierenreizung sind nicht aufgetreten; der Allgemeinzustand ist sehr gehoben.

7) Herr Krause demonstriert ein Präparat, welches 13 Monate nach Exstirpation einer Harnblase mit Einpflanzung der Ureteren in die Flexura iliaca gewonnen ist; die Exstirpation wurde wegen Blasentumors, der den linken Ureter verlegte, nötig. Die Ureteren wurden allein ohne Blasenschleimhaut in die Flex. iliaca eingepflanzt. Der Kranke genas und brauchte schließlich nur 3mal täglich den Urin zu entleeren, immer mit etwas Stuhlgang. Es traten dann wieder links Nierenschmerzen auf. K. hatte die Absicht, um die Infektion des Nierenbeckens vom Darme aus zu verhüten, eine Dünndarmschlinge auszuschalten und als Blase zu benutzen. Wegen zu komplizierter Verhältnisse war diese Absicht nicht ausführbar. Die Flexura iliaca saß vorn an der Symphyse an Stelle der Blase, war apfelsinengroß, zog in das Cavum sacrale, bildete dort eine größere schwappende Geschwulst, die sich in das ebenfalls erweiterte Rektum fortsetzte. Die Ureteren mündeten zwischen den Hauptektasien, ließen sich nicht freilegen. 8 Monate später Ileus, Operation im Kollaps und Tod. Beide Nieren schwer verändert, auch die rechte, die keine Krankheitserscheinungen gemacht hatte, die Ureteren um das Doppelte verdickt, schwere Pyelitis. An der Ureterenmündung in den Darm hatte sich beiderseits ein guter lippenförmiger Verschluß gebildet. K. glaubt, daß bei der Maydl'schen Operation die Infektion der Nieren auch dann zu fürchten ist, wenn man Blasenschleimhaut mit einpflanzt; er glaubt, daß die Sonnenburg'sche Operation den Vorzug verdient.

8) Herr Nordmann. Verschluß großer Bruchpforten durch Silberdrahtnetz nach Göpel.

Große Hernien bei Leuten mit schwach entwickelter Muskulatur operiert man radikal mit Erfolg durch Einnähung von fertigen Silberdrahtnetzen, wie sie Göpel angegeben hat. N. hat eine 56jährige Arbeiterin vor $^3/_4$ Jahren so operiert wegen linksseitiger, gänseeigroßer Leistenhernie; der Leistenkanal war für 4 Finger durchgängig, die Muskulatur atrophiert. Das Drahtnetz wurde unter die Ränder der Muskulatur geschoben und an ihnen mit Katgutnähten befestigt. Dann wurde die Muskulatur, so gut es ging, darüber vereinigt und der Musc. obliquus mit dem Lig. Pouparti vernäht. Fasciennaht und Hautnaht. Nach 3 Wochen war die Pat. außer Bett, sie ist rezidiv- und beschwerdefrei.

Das Drahtnetz wurde außerdem noch verwandt zum Verschluß einer großen Bruchpforte bei einer kindskopfgroßen, inkarzerierten Leistenhernie und ein zweites Mal nach Exstirpation eines Fibroms der Rektusscheide, wo sich die Muskulatur

nicht vereinigen ließ; nach der Naht des Peritoneums wurden die Weichteile über dem Drahtnetz genäht. Beide Fälle sind gut verlaufen, aber erst vor kurzem operiert.

Herr Körte bemerkt, daß bei den vorgestellten Pat. die Beckenknochen sehr schmal waren, so daß kein Knochenlappen zu bilden war, der die große Bruchpforte genügend geschlossen hätte. Er erinnert an eine 1894 von ihm vorgestellte Pat., bei der er den Verschluß durch einen Knochenlappen gemacht hat und die seitdem schwere Arbeit verrichtet. Selbst wenn sich der Knochenlappen, wie seinerzeit Wolff befürchtete, nicht als solcher erhalten hat, so ist an seine Stelle ein sehr resistentes Gewebe getreten. Es soll demnächst durch Röntgenphotographie festgestellt werden, ob der Knochen noch vorhanden ist.

Herr Gluck erinnert daran, daß er schon 1888 filigranartige Netze zum Verschluß großer Bruchpforten empfohlen hat.

9) Herr Falkenburg: Fall von Echinokokkus hepatis.

Der 64jährige Mann hat seit 30 Jahren eine Geschwulst in der rechten Oberbauchgegend; er hatte wiederholt Ikterus, vor 3 Jahren wurde ein Carc. ventriculi diagnostiziert; seit 6 Wochen Wachstum der Geschwulst mit hohem Fieber bis Mannskopfgröße. Die Diagnose »vereiterter Echinokokkus« wurde durch die Operation bestätigt. Im Lumen der Cyste fand sich ein allerseits frei beweglicher höckriger Tumor von der Größe fast eines Kindskopfes, der ein völlig verkalkter, an mehreren Stellen perforierter Echinokokkussack war. Die kolossal große Höhle, deren Wand wegen schlechten Zustandes des Pat. nur teilweise exzidiert wurde, hat sich allmählich unter Formalinspülungen bis zu Faustgröße verkleinert.

10) Herr Nordmann: Demonstration von Präparaten von Netztorsion.

Unter Hinweis auf Riedel's auf dem Chirurgenkongreß 1902 demonstrierten Fall und die wenigen Fälle der Literatur bespricht N. den Verlauf zweier im Urban operierter Fälle von intraabdomineller Netztorsion, die als innere resp. Bruchinkarzeration zur Operation kamen; am Netz bestanden nur schwere Circulationsstörungen, keine Gangrän. Heilung.

Herr Zeller schildert den Verlauf eines Falles, den er bei bereits eingetretener Gangrän operierte. Der Mann erkrankte, nachdem er stark gekegelt hatte. Erste Diagnose Appendicitis; großer, schmerzhafter Tumor rechts. Als Z. ihn sah, bestand fortwährender Singultus bei Durchgängigkeit des Darmes, auffallend harte Bruchgeschwulst, Blähung des Bauches. 2 Tage später Operation: das Netz war um 360° gedreht, gangränös, hing an einem strohhalmdicken Strang, der in eine rechtsseitige Leistenhernie führte. Tod.

11) Herr Immelmann: Die Frakturen des oberen Humerusendes im Röntgenbilde.

I. zeigt diese Frakturen an schematischen Zeichnungen, sowie an verkleinerten Negativen und Diapositiven. Er führt die früher meist nicht diagnostizierten Fissuren und Absprengungen vor, die als Begleiterscheinungen schwererer Verletzungen und Verrenkungen häufig sind; weiter Brüche im Collum anatomicum, zum Teil mit Drehung und Verlagerung des Kopfes, und Quer-, Schräg- und Komminutivbrüche im Collum chirurgicum, zum Teil mit Luxation des Gelenkkopfes und Ausfüllung der Pfanne durch das Bruchende des Schaftes; endlich Brüche des Collum scapulae direkt hinter der Cavitas glenoidalis und solche, die von der Incisura scapulae bis unter das Tuberculum infraglenoidale verlaufen.

12) Herr Casper: Nierentod, Niereninsuffizienz und funktionelle Nierenuntersuchung.

C. erörtert an der Hand der in Israel's Klinik der Nierenkrankheiten niedergelegten Fälle, daß bis zum Jahre 1901 die Diagnosenstellung noch nicht so weit war, um Nierentode vermeiden zu lassen. Er glaubt, daß sie bei Anwendung funktioneller Untersuchung vermeidbar gewesen wären.

Herr Israel weist darauf hin, daß, wenn ihm Nierentode passiert sind, dies während der Periode des Ausbaues der Nierenchirurgie nicht Wunder nehmen

kann, und daß alle, welche nach ihm mit Benutzung der bereits gesammelten klinischen Erfahrungen an die Nierenchirurgie herantreten, das Terrain auch klinisch geklärt finden. Er hat seit Januar 1901 unter seinen letzten 104 Operationen wiederholt im Gegensatze zu den Ergebnissen der Phloridzinmethode und meist ohne Anwendung funktioneller Diagnostik operiert, ohne einen Nierentod zu erleben. Er glaubt, daß bei den Indikationen anderer Operateure die funktionelle Diagnostik nicht allein ausschlaggebend gewesen ist.

Herr Casper hebt hervor, daß er die altbewährten klinischen Untersuchungsmittel nicht außer Acht lasse, und daß die funktionelle Methode nur als ein Glied sich diesen zugesellen wolle. Dann komme auch bei der funktionellen Untersuchung nicht die Phloridzinmethode allein in Anwendung.

13) Herr Karewski: Experimentelle Versuche zur Erzeugung von Pleuraverwachsungen.

K. hat seine Versuche an Hunden ausgeführt und ist zu dem Ergebnis gekommen, daß außer der Herstellung einer Fixation zwischen Lunge und Pleura unter gleichzeitiger Erzeugung einer Verletzung durch die Naht zwischen Lunge und Pleura ein chemischer Reiz nötig ist, um feste Verwachsungen schnell zu erzeugen, die es ermöglichen, operativ in die Lunge einzudringen, ohne die Pleurahöhle zu infizieren. Er wendet als chemisches Reizmittel das Terpentin an und hat eine Kreisnaht mit Seide angelegt. Nach 3 Tagen waren feste Verwachsungen da. Eiterungen wurden durch die terpentingetränkte Seide nicht erregt. Am Menschen hat er das Verfahren noch nicht erprobt. Das Terpentin sei als gutes Mittel, um Adhäsionen zu erzeugen, seit langem bekannt.

Herr Körte hat zum Zwecke der Erzeugung von Adhäsionen zwischen Pleura und Lunge gewöhnlich Juniperuskatgut mit Erfolg angewandt.

---

21) W. J. Ssemenowitsch. Zur Frage von den Desmoidgeschwülsten der vorderen Bauchwand.

(Chirurgie 1902. August. [Russisch.])

Die Geschwulst wurde von Djakonow bei einem 30jährigen Manne entfernt, war vor einem Monat entstanden und erwies sich als Fibrosarkam. Mit Ausnahme der Haut mußte die ganze Dicke der Bauchwand, ein bedeutender Teil des die Fossa iliaca bedeckenden Peritoneums, ein Teil der Fascia iliaca, der Fascia lata femoris und das ganze Leistenband der einen Seite entfernt werden. Auch das Netz war zum Teil verwachsen. Die Wunde wurde so geschlossen: Annähung des Netzes an die Fascia lata femoris, ebenso eines unten abgetrennten lateralen Streifens des linken M. rectus abdominis; Naht der Haut. 7 Monate später Bauchwand — ohne Bandage — fest, der transplantierte Muskel funktioniert gut.

Gückel (Kondal, Saratow).

22) Niels Neermann. Über postoperativen Prolapsus der Viscera.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. 3. F. Bd. I. Abt. 1. Nr. 14 u. 18. [Deutsch.])

Verf. ist es gelungen, aus dem Kgl. Friedrichs-Hospital, dem Kommunehospital und der St. Lucas-Privatklinik in Kopenhagen aus den letzten 10 Jahren 15 Fälle von Eingeweidevorfall nach Laparotomie zusammenzustellen, die er detailliert mitteilt, »um nicht Gefahr zu laufen, Momente zu übergehen, welche zur Aufklärung dieser wichtigen Komplikation beitragen könnten«. Über die Darstellung der Einzelbeobachtungen ist er nicht wesentlich hinausgekommen. Von allgemeinen Gesichtspunkten ist nirgends die Rede. »Es wäre zu wünschen gewesen, daß die angeführten Fälle zur Lösung der Frage hätten beitragen können, auf welche Art man den postoperativen Vorfall am besten vermeiden könnte, mit anderen Worten die Frage wegen der präventiven Therapie; aber leider ist es nur wenig, was man in dieser Beziehung daraus entnehmen kann«, klagt Verf. selbst. Mit Sicherheit ergibt sich indes, daß auch die Anwendung von Etagennaht nicht vor Prolaps schützt.

A. Hansson (Cimbrishamn).

23) J. Elter. Rektumtumor und Corpus liberum der Bauchhöhle.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

E. berichtet aus der Rostocker Klinik über einen Fall von freiem Körper der Bauchhöhle, welcher sich im Douglas festsetzte und dort das klinische Bild eines hochsitzenden Mastdarmkrebses hervorrief. Die Operation klärte erst die Sachlage auf. Merkwürdig ist, daß bei der Autopsie — der Kranke starb 7 Wochen nach der Entlassung an Kachexie — sich doch noch ein kleines Karzinom am Übergang zur Flexur und Karzinommetastasen in der Leber fanden.

Blauel (Tübingen).

24) A. Valence. Abcès périgastrique et hépatique avec perforations stomacales par traumatisme. Opération. Guérison.

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 9.)

Entstehung und Behandlung verleihen dem Falle einiges Interesse. Ein Soldat, 24 Jahre, leidet an geringen Verdauungsstörungen. Das hindert ihn nicht, nach Verabfolgung einer salinischen Abführung, die ohne Wirkung blieb, Fleisch und Bohnen zu genießen. Abends stürzt er beim Eintreten in seine Stube zu Boden und fällt mit der Magengegend auf eine Gewehrstütze. Er bleibt bewußtlos liegen, erhält Opium, das er erbricht.

Im Lazarett entwickelt sich unter den Augen der Ärzte die oben bezeichnete Affektion unter Anschwellung des Epigastriums, hin und wieder blutigen Stühlen, denen gangränöse Fetzen beigemischt sind; dabei besteht mäßiges Fieber und Tympanie.

Nach 14 Tagen wird der Kranke laparotomirt, und es fand sich ein bis zum Lig. triangul. reichender subdiaphragmatischer und ein kleiner intrahepatischer Abszeß des rechten Leberlappens, die einer Ruptur ihre Entstehung verdankten. Beim Abheben der Leber von der mit ihr verwachsenen vorderen Magenwand traten 2 Perforationen, eine größere, tiefere, und eine linsengroße, höher oben an der kleinen Kurvatur gelegene, zu Tage.

Während die Naht der größeren Perforation ohne Schwierigkeiten gelang und heilte, erforderte die wenig zugängliche obere dreimalige Schließungsversuche; zuletzt wurde einfach der linke Leberlappen durch U-förmige Fadenschlingen mit seiner granulierenden Fläche auf das Loch geheftet, was von Erfolg gekrönt war. Die Heilung war eine vollkommene.

Die Entstehung der Perforation durch Trauma ist nur als mittelbare anzusehen. Wahrscheinlich hat zuerst — nach Ritter und Pinatel —, sei es eine hämorrhagische Infarzierung oder eine Zerreißung der katarrhalisch kongestionierten Schleimhaut stattgefunden, welche unter dem Einflusse der Verdauung erst angeätzt, dann infiziert wurde und schließlich, nachdem der Prozeß bis ins Bauchfell übergegriffen hatte, perforierte. Infolgedessen wurde eine Leberruptur der Konkavität und vielleicht noch ein subseröses Hämatom der Konvexität infiziert, woraus das komplizierte Bild der eitrigen Perigastritis und des subdiaphragmatischen Abszesses entstand.

Christel (Metz).

25) Hilbert. Ein Fall von Perforationsperitonitis mit seltener Ursache (Durchbruch eines ulcerierten Divertikels der Flexura sigmoidea) und mit ungewöhnlichem Verlauf.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 30.)

Der 37jährige Pat. kam mit den Erscheinungen einer Herzmuskelerkrankung und Ödemen, Ascites zur Aufnahme. Wegen der durch letzteren verursachten Beschwerden Punctio abdominis, durch die 2 Liter trüber, hämorrhagischer Flüssigkeit entleert wurden. In derselben waren Eiterkörperchen. Jetzt verschlimmert sich das Krankheitsbild, das bis dahin keine Zeichen von Peritonitis geboten hatte. 4 Tage nach der Aufnahme Tod. Bei der Obduktion zeigten sich zahlreiche kleinere Schleimhautdivertikel in der Flexura sigmoidea, dessen größtes etwa hasel-

nußgroß war und verdünnte Wand hatte. Ein Divertikel war an der Kuppe perforirt.

Verf. glaubt, daß die geringfügigen Erscheinungen daher rührten, daß der Ascites nur einen geringen Austritt von Darminhalt gestattete, und daß nach der Entleerung der Flüssigkeit im Bauche der Gegendruck aufhört und jetzt einer größeren Menge Darminhaltes den Austritt gestattet. Verf. weist auch auf die Wichtigkeit hin, die der Fall in forensischer Beziehung bietet, da man geneigt sein könnte, ohne Obduktion das Auftreten der Peritonitis einem Kunstfehler bei der Punktion zur Last zu legen. **Borchard** (Posen).

26) **Blecher.** Ein Fall von operativ geheilter Peritonitis nach Durchbruch eines Duodenalgeschwüres.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 112.)

Der von B. im Garnisonlazarett Brandenburg operierte, 31 Jahre alte, früher stets gesunde Mann hatte in den letzten Tagen einer Landwehrübung Verstopfung bekommen. Letzter Stuhlgang am 1. Juni, seitdem auch keine Winde mehr. 3. Juni mehrmals galliges Erbrechen, das am 4. übelriechend gewesen sein soll. Seitdem anfallsweise heftige Schmerzen unterhalb des Nabels, Erbrechen andauernd. Am 5. Lazarettaufnahme mit 36,5 Temperatur und Puls von 68; Zunge feucht. Leib oberhalb des Nabels leicht eingezogen, unterhalb desselben gleichmäßige, halbkugelförmige Vorwölbung. Keine Resistenz, doch überall leichte Schmerzhaftigkeit und Tympanie. Peristaltik auch durch Beklopfen nicht auslösbar. Diagnose: Darmverschluß, nicht Peritonitis, weil für letztere ein Ausgangspunkt zu fehlen schien, auch wegen des noch am 4. Tage relativ guten Befindens. Da Wassereinläufe nur anfangs feste Kotballen zurückbrachten, Laparotomie in der Mittellinie. Entleerung von Kot und mäßigen Mengen trüber, brauner Flüssigkeit, vorliegende Darmschlingen stark gerötet, z. T. mit Fibrin bedeckt. Der vorgeholte Wurmfortsatz, verwachsen, verdickt, nicht perforiert, wird amputiert. (Geschwür und Kotstein in demselben.) Währenddes fließt von der Leber dem Kolon entlang gallige Flüssigkeit nach. Nach Erweiterung der Bauchwunde findet man auf der Vorderseite des oberen horizontalen Teiles des Duodenums ein Loch von 1 cm Länge und $^1/_2$ cm Breite, 1 Finger breit vom Pylorus entfernt mit infiltrierten Rändern, mit den Atembewegungen gallige Flüssigkeit entleerend. Übernähung, Reinigung der Bauchhöhle. Naht mit Tampon auf die Darmnaht. In den ersten 4 Tagen nur täglich 2 Liter Salzwasser subkutan. Am 3. Tage Winde, am 6. Stuhl. Dann Beginn mit leichter Nahrungszunahme. Abgesehen von leichtem Ikterus in den ersten Tagen glatter Heilungsverlauf.

Jedenfalls handelte es sich um ein unbemerkt durchgebrochenes peptisches Duodenalgeschwür, und ist der milde Verlauf in den ersten Tagen recht auffallend. Wahrscheinlich erfolgte zum Glück des Pat. die Perforation bei leerem Magen und wurden dann spätere Ingesta aus dem Magen durch Brechen ausgeworfen, so daß durch das Darmloch im wesentlichen nur Galle in die Bauchhöhle gelangte, die wenig irritierte, übrigens, nach der Operation vom Peritoneum resorbiert, den Ikterus bewirkt haben wird. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

27) **R. Schwarz** (Padua). Contributo statistico alla cura della peritonite tubercolare colla laparotomia e ricerche istologiche relative.

(Rivista veneta di scienze med. Venezia 1902.)

S. berichtet über 30 mittels Laparotomie behandelte Fälle von tuberkulöser Peritonitis. Es waren dies 25 Fälle mit freiem serösem Exsudat, einer mit serösfibrinösem Exsudat; zwei abgesackte seröse und eine abgesackte fibrinöseitrige Peritonitis, sowie ein Fall von trockener, fibrinöser Entzündung. Der Wert der Arbeit dürfte darauf beruhen, daß Verf. das Befinden der Kranken über Jahre hinaus kontrollieren konnte. 21 Fälle (70%) wurden geheilt, und zwar bestand die Heilung einmal seit 10 Jahren, in 4 Fällen seit 7 Jahren, 4mal seit 5 und 6 Jahren, 7mal seit 3 Jahren usw. 9 Kranke starben an fortschreitender Tuberkulose

(aber keiner infolge der Operation). Bei 4 Kranken konnte S. sich von dem Heilresultat durch eine zweite Laparotomie (aus anderen Ursachen) überzeugen. In 2 Fällen (10 und 3 Jahre post operationem) fand er noch einige kleine Knötchen, welche teils aus jungem Bindegewebe, teils aus einem festen Bindegewebsmantel mit nekrotischem Zentrum bestanden. In 2 Fällen (1 Jahr bezw. 7 Monate nach der ersten Operation) war sogar eine Restitutio ad integrum eingetreten, und das eine Mal hatten sich die vorher bestehenden Verwachsungen der Därme gelöst. S. macht zur Vermeidung von Bauchbrüchen den Laparotomieschnitt seitlich durch die Recti und schließt die Wunde mittels Etagennaht. Nach Ablassen des Exsudates tupft er den Rest noch aus und meist fügt er eine Ausspülung mit 2 bis 3‰iger Salicyllösung hinzu. Obgleich er von letzterer eine deutliche Heilwirkung nicht gesehen, hält er sie doch zur Erhöhung des reaktiven Reizes auf das Peritoneum für wichtig. **A. Most** (Breslau).

28) **L. E. Golubinin.** Über die Differentialdiagnose zwischen tuberkulöser Peritonitis und bösartigen Geschwülsten des Bauchfells.

(Praktitscheski Wratsch 1902. Nr. 46 u. 47.)

Der ausführlich geschilderte Fall — große Scheingeschwulst des Netzes, 28×9×2 cm messend, kleinere Knoten im linken Epigastrium und in beiden Iliacalgegenden, abwechselnd Besserung und Verschlimmerung während der ein Jahr dauernden Krankheit des 23 Jahre alten Pat. — ist auch in der »Chirurgie« 1902 November von Wenglowski unter Nr. 2 beschrieben und in diesem Blatte referiert worden. Prof. Djakonow machte eine Laparotomie und fand Tuberkulose, die auch mikroskopisch an exzidierten Stücken der großen Geschwulst konstatiert wurde. — G. hält sich hauptsächlich bei der Unterscheidung der Bauchfelltuberkulose von bösartigen Peritonealgeschwülsten auf.

Gückel (Kondal, Saratow).

29) **C. M. Moullin.** The treatment of ascites by fixation of the omentum and the formation of adhesions.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 14.)

M. empfiehlt warm bei durch Lebercirrhose hervorgerufenem Ascites das Annähen des Netzes nach Talma an das parietale Bauchfell und das energische Reiben der Leberoberfläche mit einem Gazebausche zur Herstellung von Verwachsungen zwischen Leber und Bauchwand. Von seinen 5 operierten Fällen hatte er zwar nur bei zweien einen guten Erfolg; die drei tödlich endenden seien zu spät in Behandlung gekommen. **Herhold** (Altona).

30) **Damianos.** Appendicitis bei Linkslagerung des Coecums.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 34.)

Die Operation des mitgeteilten Falles, welcher einen 18jährigen Pat. betraf, bei dem alle Erscheinungen auf der rechten Bauchseite vorhanden waren, zeigte am normalen Sitz nichts vom Blinddarm und Colon ascendens. Es quoll von links her Eiter zwischen den Därmen hervor. Linksseitiger Schnitt. Man findet rechts vom normal gelagerten Colon descendens das Coecum mit dem Proc. vermiformis gelagert und in eine mit Eiter gefüllte Höhle zwischen den Därmen eingebettet. Tod.

Der ausführlich wiedergegebene Obduktionsbefund schildert sehr eingehend die topographischen Verhältnisse der Lageanomalie, die durch eine Skizze sehr gut veranschaulicht werden. Die Einzelheiten mögen im Original nachgesehen werden. **Hübener** (Dresden).

31) **N. Altuchow.** Ein äußerst langer Wurmfortsatz. Mesenteriale Lage.

(Chirurgie 1902. Oktober. [Russisch.])

A. fand den Wurmfortsatz an der Leiche einer an Flecktyphus gestorbenen 40jährigen Frau. Der Blinddarm geht trichterförmig in den Fortsatz über; letzterer

steigt zuerst retrocoecal 15 cm weit nach oben, biegt dann an der Befestigungsstelle des Colon ascendens an die hintere Bauchwand nach links unten, legt sich hierbei unter das rechte Blatt des Dünndarmmesenterium und endet hier in Form eines Bündels von fibrösen Fasern. Die Pars mesenterica ist 10 cm lang, das fibröse Bündel 4 cm, der ganze Wurmfortsatz 25 cm lang und 6 mm dick. Valvula Bauhini gut, Valvula Gerlachi gar nicht entwickelt. Lichtung des Fortsatzes überall erhalten. **Gückel** (Kondal, Saratow).

32) R. C. Coffey. Gastroptosis. A method of suspending the stomach in a hammock made of the great omentum.

(Philadelphia med. journ. 1902. Oktober 11.)

C. hat 2 Fälle von Gastroptosis operiert. Bei einer 44jährigen Frau fand er, nachdem er die Bauchhöhle eröffnet hatte, einen Magen, der durch das am vorderen Beckenrande festgewachsene große Netz so stark nach unten gezogen war, daß die kleine Kurvatur 2 Zoll unter dem Nabel stand. Der Magen wurde in annähernd normaler Lage dadurch erhalten, daß das große Netz etwa 1 Zoll unter dem Ansatze am Magen durch eine quer verlaufende Naht (3 Chromkatgut-Knopfnähte) etwa 1 Zoll oberhalb des Nabels an die Bauchwand angenäht wurde.

In derselben Weise wurde eine andere, 36jährige, Frau operiert. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle durch einen vom Nabel zur Symphyse reichenden Schnitt fand sich hier die Pars pylorica des Magens im oberen Wundwinkel, das Colon transversum bis an den Beckenrand herabgesunken und durch Stränge des großen Netzes mit dem Colon ascendens verwachsen. Der Magen war um das Doppelte erweitert. Nach Lösung der Verwachsungen wurde in derselben Weise wie im vorigen Falle das große Netz 1 Zoll unter der großen Magenkurvatur durch eine quer verlaufende Naht (8 Knopfnähte) an der Bauchwand befestigt. In beiden Fällen wurde erhebliche Besserung erzielt.

Die Operation bringt nach Ansicht C.'s zugleich auch die Magenerweiterung zum Verschwinden. Letztere soll dadurch entstehen, daß der nach unten gesunkene Magen eine Knickung im Zwölffingerdarme hervorruft. Bei stark erschlafften Bauchdecken und ausgesprochener Neigung des Kolon, nach unten zu sinken, rät Verf., das Netz dicht unter dem Kolon durch eine zweite Quernaht an der Bauchwand zu befestigen. **Läwen** (Leipzig).

33) E. P. Paton. A case of hair-ball removed from the stomach of a child aet. 9 years.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 68.)

Der aus dem Magen durch Gastrotomie entfernte Haarball war 9 Zoll lang, 6 Zoll dick und wog etwa 250 g. Das betreffende Kind hatte seit seinem 3. Lebensjahre die Gewohnheit, seine eigenen Haare sowie die anderer Leute zu essen. Der Ball bestand aus Menschenhaaren und dem Inhalt von Polsterstühlen. Durch die Operation wurde das Kind, das vorher viel an Verdauungsbeschwerden gelitten hatte, geheilt. **Herhold** (Altona).

34) E. Moser. Über parenchymatöse Magenblutungen. (Aus der Rostocker chir. Klinik. Prof. Garrè.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 44.)

Der 42jährige Mann litt seit längerer Zeit an Magenschmerzen, Hyperacidität und sehr reichlichem Erbrechen, vorübergehend auch an Schwarzfärbung des Stuhlganges. Plötzlich trat auch Bluterbrechen auf, das sich mehrmals wiederholte und schließlich die Gastroenterostomie (Garrè) notwendig machte, nach welcher Pat. am 4. Tage starb. Die Sektion ergab 4 punktförmige Blutstellen ohne Substanzverlust (nur an der einen flacher Epitheldefekt) in der Magenschleimhaut, welche etwas geschwollen war; die Magenwandung war verdickt, die Muskulatur hypertrophisch, der Pylorus, in der Tiefe fixiert, nur für einen Daumen

durchgängig. M. bespricht anschließend die Entstehungsarten derartiger parenchymatöser Magenblutungen, die nach Verletzungen und Krankheiten des Gehirns, ferner als neuropathische, auf der Basis der Hämophilie, als vikariierende, bei Appendicitis, chronischer Milzvergrößerung, Gallensteinleiden, Bruchoperationen etc. beobachtet worden sind. In vorliegendem Falle, in welchem die Blutungen aus einem Aneurysma oder Varix eines Magengefäßchens nicht herrührten, dürfte, wie in 5 Fällen Lambotte's, die chronische Gastritis und Pylorusstenose von Einfluß auf das Zustandekommen der Blutungen gewesen sein.

Kramer (Glogau).

35) **W. D. Dobromysslow.** Zur Lehre von den primären Magensarkomen.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Der Fall wurde 1901 in Tomsk von Prof. Ssalistschew operiert. Pat., 53 Jahre alt, bemerkte ihre Geschwulst vor 5 Jahren; seit 2 Jahren wuchs dieselbe rasch und wurde sehr schmerzhaft. Sie ist kindskopfgroß und nach oben und nach beiden Seiten sehr beweglich, nach unten weniger. Laparotomie. Die Geschwulst liegt hinter dem Magen, der obere Teil ist durch das kleine Netz zu sehen. Das Netz wurde nach oben geschlagen und im hinteren Blatte parallel den Gefäßen eine Öffnung angelegt. Die Geschwulst ist nur mit der kleinen Kurvatur in der Nähe des Pylorus verbunden; bei der Lösung der 2 cm großen Verbindung wird der Magen eröffnet; Naht dieser Wunde, des Netzes und der Bauchwand. Keine Drüsen, Leber normal. Heilung. Weitere Nachrichten fehlen. — Die Geschwulst ist kugelförmig, 15 cm im Durchmesser; in derselben eine 400 ccm Blut enthaltende Cyste, deren Wände 2 mm bis 4,5 cm dick sind. Sie besteht aus spindelförmigen Sarkomzellen, ist zwischen den Muskeln der Magenwand entstanden, wahrscheinlich aus dem perivaskulären Bindegewebe: die Zellen sind in Bündeln gelagert, die die neugebildeten Gefäße der Geschwulst begleiten; die Gefäßwand besteht nur aus Endothel. Je näher zur Cyste, desto mehr ist das Gewebe degeneriert und zerfallen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

36) **J. Bouglé et Bruandet.** Cancer massif de l'estomac. Duodenostomie. Exclusion de l'estomac.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris LXXVII. ann. T. IV. Nr. 4.)

Beachtenswert an dem Falle ist folgendes: Monatelange Schluckbeschwerden bis zur völligen Unfähigkeit, Nahrung zu nehmen, ohne daß die Speiseröhre im mindesten ergriffen war. Vielmehr bestand eine ausgedehnte karzinomatöse Infiltration der großen Kurvatur. Im vorliegenden Falle hätte Gastroenterostomie keinen Sinn gehabt, daher Anlegung der Duodenalfistel nach der Technik von Maydl-Reclus beim Kunstafter. Die Ernährung mittels Klystieren von Milch, Eigelb und Pepton — 150 g auf einmal mittels Gummisonde eingeführt — gelingt bei völliger Kontinenz der Fistel. Eine Öffnung nahe dem Pylorus, die sich wegen Aufstoßens nötig machte, schloß sich nachher von selbst und mußte von neuem geöffnet werden; doch waren die Entleerungen aus der Magenfistel minimal. Der Erfolg für den Kranken bestand in der großen Erleichterung, Stillung des Hungergefühls, Wegfall der Regurgitationen. Tod nach 24 Tagen. **Christel** (Metz).

37) **W. H. Write and C. H. Golding-Bird.** On the subsequent history of three cases of colitis on whom right lumbar colotomy was performed several years ago.

(Transactions of the clinical society of London 1902. Vol. XXXV. p. 164.)

In 3 Fällen von Colitis membranacea wurde Heilung durch Anlegen eines künstlichen Afters erzielt. Um dauernde Heilung zu erlangen, ist es nach den Berichterstattern nötig, den künstlichen After länger als 1 Jahr bestehen zu lassen.

Herhold (Altona).

38) **W. P. Shukowski.** Über angeborene Darmstenosen. 4 Fälle bei Kindern (Stenose des Duodenum, Jejunum, Ileum, Kolon und Rektum).

(Chirurgie 1902. Oktober. [Russisch.])

Unter 20 000 Kindern in der Petersburger geburtshilflichen Anstalt sah S. folgende 4 Fälle:

1) Gut entwickeltes Mädchen, gleich nach der Geburt Erbrechen, das am 3. Tage tintenschwarz wird; in den letzten Tagen Ausfluß dunkler Flüssigkeit aus der Nase, Pneumonie, Tod am 5. Tage. Sektion: Magen dilatiert. Der Darm hat bis zum S romanum ein langes Mesenterium. Duodenum frei, von Peritoneum und dem großen Netz bedeckt, zeigt in der Nähe des Pylorus eine Biegung nach unten; der Rest des Duodenum steigt gerade nach oben zur Leber, wo es ins Jejunum übergeht; letzteres bildet einige kleine Schlingen, die durch das Netz an die Leber und die rechte Niere fixiert sind. Weiter nimmt das Jejunum die rechte Seite des Bauches bis zum kleinen Becken ein; der Blinddarm ist nach links oben gedrängt, Colon ascendens sehr kurz. An Stelle der linken Flexur bildet das Kolon mehrere Schlingen und geht dann ins Colon descendens über. — Duodenum verengt, an der erwähnten Biegung geht kaum eine Hohlsonde durch. Das kleine Netz und die übrigen Bauchorgane normal. — 3 frühere Kinder der Eltern starben auch bald nach der Geburt nach hartnäckigem Erbrechen (Anomalie des Darmes?).

2) Das Kind lebte 26 Tage. 2 cm lange Stenose im oberen horizontalen Teile des Duodenum mit Hypertrophie der Muscularis und einer Lichtung von 0,5—1 mm. Angeborene Dilatation des Dickdarmes mit Hypertrophie der Darmwand (Megalokolon), außerdem eine Hernia mesogastrica int.

3) Das Kind lebte 3 Tage. Melaena neonatorum. Sektion: Zwei Mesenterialcysten (Lymphektasie), zwischen denselben das Jejunum eingeklemmt (s. »Die med. Woche« 1902 Nr. 7). Mutter rachitisch, äußerst anämisch, Psychopathie.

4) 8monatliche Frühgeburt, lebte einige Stunden. Hereditäre Syphilis. Encephalitis interstitialis, Hydrokele. Das untere Viertel des Ileum und der ganze Dickdarm äußerst klein, in Form einer blassen dünnen Schnur, kaum für eine dünne Sonde passierbar. Schleimhaut sehr verdickt, zeigt Längsfalten. Die Valvula Bauhini hat eine äußerst enge Öffnung. — Wurmfortsatz sehr klein, aber mit Lichtung. — Anektasie der Lungen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

39) **Regling.** Über solitäre Darmstenosen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 360.)

R. publiziert aus der Greifswalder Klinik 3 Fälle, in denen solitäre Dünndarmstenosen mittels Enteroplastik operiert wurden, nach Art der v. Mikulicz-Heineke'schen Pyloroplastik. Das Verfahren ist zwar bereits von Péan, Allingham, Robson, Czerny, Mollard und Bernay u. a. angewendet, anscheinend aber noch nicht allgemeiner bekannt. Vor der Resektion hat es den Vorzug einfacherer Technik, schnellerer Ausführbarkeit, des Freibleibens der Mesenterialgegend von der Naht, kann aber natürlich nur bei gutartigen Stenosen in Frage kommen. Von den berichteten Fällen endeten 2 glücklich, der 3. tödlich an Peritonitis. Das Genauere der Krankengeschichten siehe im Original.

Anhangsweise wird sodann noch ein Fall von karzinomatös degenerierter Striktur der Ileocoecalklappe, durch chronische Appendicitis entstanden und mit Darmresektion erfolgreich behandelt, mitgeteilt. Interessant war, daß der Wurmfortsatz hier höhlenartig erweitert und mit Fischgräten und kleinen Steinchen angefüllt war. Auch Knud Faber beobachtete 5 Fälle, wo Fischgräten als Darmfremdkörper gesehen wurden. Für gewöhnlich kommen dieselben aber nicht dazu, als solche zu figurieren, da sie im Magen verdaut zu werden pflegen.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

40) **G. Justi.** Darmeinklemmung infolge eines Psoasabszesses.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 12.)

Nach dem Sektionsergebnis des nach Operation tödlich verlaufenen Falles hatte sich bei einer 43jährigen Frau durch einen rechts sich senkenden Psoas-

abszeß das parietale Peritonealblatt von der vorderen Bauchwand abgelöst und durch irgend ein Trauma bei der Gartenarbeit war dasselbe eingerissen und hatte eine Dünndarmschlinge durchtreten lassen, welche sich einklemmte. In der Literatur hat der Autor 4 Einklemmungen durch traumatische Peritonealeinrisse gefunden. **Herm. Frank** (Berlin).

41) **W. J. Tyson and W. W. Linington.** Case of acute intestinal obstruction due to embolus of a branch of superior mesenteric artery.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 114.)

Der die Arterie verstopfende Embolus rührte von einer arteriosklerotischen Aorta her und führte zu schweren Ileuserscheinungen. Bei der Operation wurde ein 22 Zoll langes Stück brandigen Dünndarmes dicht oberhalb des Blinddarmes entfernt und die durchschnittenen Darmenden vermittels Murphyknopf vereinigt. 36 Stunden nach der Operation starb die Frau. **Herhold** (Altona).

42) **B. Jurewitsch.** De Deviis intestinorum (Ileus).

(Chirurgie 1902. Juli. [Russisch.])

Devia intestinorum nennt J. den Ileus (Plinius nennt weglose Stellen devia, deviorum) und unterscheidet Devia ansae = Strangulationsileus und Devia luminis = Obturationsileus. 1899—1901 operierte J. im Krankenhause von Jelissawetgrad 15 Fälle, von denen 8 (53,4%) starben. Die Fälle betrafen: 4mal Volvulus S romani. 1) Blutiger Stuhl, Darmruptur; Einnähen des Darmes in die Wunde (wegen septischer Peritonitis keine Resektion), Tod. 2) Gangrän des S romanum, Resektion; da die Schleimhaut des Mastdarmes gangränös war bis tief herab, so mußten die Darmenden in die Bauchwunde genäht werden. Heilung. 3) und 4) Volvulus und Peritonitis; Detorsion. Tod. — 2mal Torsio ilei; 1mal Detorsion, und da die Schlingen nicht reponiert werden konnten, Enterotomie, Entleerung des Inhalts, Darmnaht. Nach 4 Tagen Perforation der genähten Stelle, Peritonitis, Tod. J. glaubt, eine Injektion von Magnium sulfuricum in den eröffneten Darm hätte den Pat. retten können. Im 2. Falle schwere Peritonitis; Detorsion, Tod. 4mal Verlegung der Lichtung durch Stränge: 7) Verwachsung des Colon ascendens mit der Leber, Enterotomie, Anastomose zwischen Dünndarm und Colon transversum. Tod. 8) und 9) Verwachsung des Ileum in der Nähe des Blinddarmes. In extremis Kunstafter. Tod. 10) Schenkelbruch, Strangulation durch einen langen Strang zwischen Gekröse und Darm. Exzision des Stranges (Laparotomie), Radikaloperation des Bruches. Heilung. In Fall 11 fand man syphilitische Darmstenose, 5—6 cm von der Bauhini'schen Klappe; Enteroanastomose, Heilung. Endlich 4 Fälle von Karzinom des S romanum. 3mal Resektion, Heilung; 1mal Kolostomie, in schlechtem Zustande entlassen. — In den 3 geheilten Fällen von Darmkrebs wurde vorher die Kolostomie gemacht. — Diese vorherige Kolostomie empfiehlt J. aufs wärmste. Im übrigen schließt er sich Kocher's Ausführungen über den Ileus (in Edinburg 1898) an. **Gückel** (Kondal, Saratow).

43) **N. A. Rawitsch.** Zur Behandlung des Ileus.

(Prakt. Wratsch 1902. Nr. 44.)

R. behandelte 2 Pat. erfolglos mit Magenspülung; beide starben; 2 weitere Pat. mit jeder Behandlung trotzender Kotstauung wurden durch Atropin (per os, 0,006 resp. 0,004) geheilt; in einem dieser beiden letzteren Fälle wurde die Stauung durch zwei verschlungene Askariden verursacht.

Gückel (Kondal, Saratow).

44) **F. Kuhn.** Über Volvulus der Flexura sigmoidea.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Verf. vermehrt die Kasuistik über Volvulus der Flexura sigmoidea um 9 Beobachtungen aus der Königsberger und der Rostocker Klinik. Die 4 unoperiert gebliebenen Fälle starben sämtlich, von 5 Operierten wurden 4 geheilt, 1 starb an Peritonitis. An der Hand dieses Materials wird die Ätiologie, die Diagnose, Prognose und Therapie des Volvulus der Flexur besprochen.

Eine tabellarische Zusammenstellung dieser 9 Fälle und der übrigen Beobachtungen aus der Literatur ermöglicht eine Übersicht über die bisher erreichten Resultate.

Es ergab sich, daß die Fälle, welche gar nicht operativ behandelt werden oder bei denen die Operation das Hindernis nicht beseitigt, dem Tode verfallen sind, während eine das Hindernis beseitigende Operation selbst dann noch über 57% Heilungen aufzuweisen hat, wenn alle die Fälle mit eingerechnet sind, bei denen durch die lange Krankheitsdauer schon Peritonitis oder sehr schwere Schädigungen des Darmes bestanden. **Blauel** (Tübingen).

45) **A. W. Mayo Robson.** The radical treatment of chronic intestinal tuberculosis with suggestions pp.

(Transact. of the clin. soc. of London 1902. Vol. XXXV. p. 58.)

R. berichtet über 7 Fälle von Darmtuberkulose, von denen 6 mit Erfolg operativ behandelt wurden. In 4 Fällen wurden Resektionen ausgeführt, teils am Dünndarm, teils am Blinddarm, teils am Dickdarm; in einem Falle wurde der tuberkulöse Wurmfortsatz entfernt, in einem eine Enteroanastomose angelegt und in einem die Pyloroplastik ausgeführt. Letzterer endete tödlich. R. meint, die idealste Operation sei die Entfernung des erkrankten Teiles. Wo dieses infolge zu großer Ausdehnung des Prozesses oder zu geschwächter Körperkonstitution nicht möglich sei, soll die Enteroanastomose gemacht werden, damit die erkrankten Teile zur Ruhe kommen und ausheilen können. **Herhold** (Altona).

46) **M. Patel.** Des résections étendues de l'intestin grêle en particulier dans la tuberculose intestinale.

(Province méd. 1902. Nr. 2.)

Aus den Literaturzusammenstellungen des Autors (welche aber nichts weniger wie vollständig sind, Ref.) seien folgende Zahlen hervorgehoben: Die Darmresektionen aus den verschiedensten Indikationen sind in 3 Gruppen geteilt. Mit Erfolg sind reseziert in Ausdehnung von 1 m und mehr 22, mehr als 2 m 6, mehr als 3 m 3 Fälle. Unter den ersteren waren 15 unterhalb $1^1/_2$ m ohne irgend welche Ernährungsstörungen, 7 über $1^1/_2$ m hatten solche. In der 2. Gruppe war 3mal Diarrhöe verzeichnet. In der 3. Gruppe (3 m 10 bis 3 m 30) ist nur von mangelhafter Absorption die Rede. Ursache zur Operation gab 3mal Volvulus, 8mal Bruchbrand, 10mal Gekrösgeschwulst, 3mal Verwundung, 4mal Tuberkulose, 2mal Kothfistel ab. Im Alter sind verzeichnet 2 Fälle unter 10 Jahren (darunter der eine Fall von 3,30 m Darmverlust), 7 zwischen 20 und 30, 6 zwischen 30 und 40, 5 zwischen 40 und 50, 2 zwischen 50 und 60, 3 über 70 Jahre. Was speziell die Tuberkulose betrifft, so ist in den 4 Fällen 3mal der Darm in Ausdehnung von 1—1,15 m betroffen, 1mal von 2 m; im letzteren Falle aber kommen 7 Einzeleingriffe nacheinander zusammen. Interessant sind die Gegenüberstellungen der Ergebnisse bei Resektionen geringerer und größerer Ausdehnung (bei stenosierender, begrenzter und diffuser Tuberkulose). Bei Resektionen von 1—10 cm sind 9 Fällen mit 5 Toten, 10—20 cm 7 Fälle ohne Tod, 20—30 cm 5 Fälle mit 1 Tod, 40—50 cm 4 Fälle mit 1 Tod, über 50 cm 2 Fälle ohne Tod, über 1 m 3 Fälle ohne Tod, über 2 m 1 Fall ohne Tod. Die räumliche Ausdehnung der Resektion war also nicht von entscheidender Bedeutung für das Schicksal der Operierten. Der Autor führt dies Verhältnis wohl mit Recht darauf zurück, daß man bei ausgebreiteter Tuberkulose auf den Gedanken radikaler Operation nur bei günstigen Operationsverhältnissen (beweglicher Darm, Freisein des Mesenteriums) kommen konnte. Bei geringer Ausbreitung sind sicherlich Fälle von sonst ungünstiger Beschaffenheit mit herangezogen worden, und diese spielen für den unmittelbaren Ausgang der Operation die größte Rolle. Für die weitere Ernährung des am Darm verkürzten Pat. ist bei der Tuberkulose an die so schon erschwerte Absorption zu denken. Man wird hier ausgedehnte Resektionen wohl möglichst zu vermeiden suchen und die Enteroanastomose vorziehen.

Herm. Frank (Berlin).

47) **L. Gfeller. Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Darmcysten.**
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 330.)

Interessanter Fall aus dem Spital in Chaux-de-Fonds, von de Quervain mit Erfolg operiert. Ein 11jähriges Mädchen hatte seit dem 5. Lebensjahre Anfälle von Unterleibskoliken mit Erbrechen, die tagelange Bettlägerigkeit verursachten und nach zum Teile monatelangen Pausen stets wiederkehrten. Beim letzten Anfalle schweres Krankheitsbild; wegen Dämpfung der Blinddarmgegend als Perityphlitis zur Operation gesandt. Bei letzterer wird in der Blinddarmgegend nichts gefunden; nur fließt seröse Flüssigkeit aus der Bauchhöhle. Jetzt Schnitt in der Mittellinie, Absuchung des Darmes auf eine Verlegung. Man kommt auf eine um 360° gedrehte Schlinge, die im kleinen Becken sitzt und eine orangengroße, der Darmwand angehörige Geschwulst trägt. Nach Hervorziehung derselben leichte Rückdrehung des Darmes, wonach der Inhalt des oberen Darmendes alsbald in das untere frei vorrückt. Längsschnitt auf die cystische Geschwulst. Dieselbe sitzt zwischen Ring- und Längsmuskulatur des Darmes und ist leicht und ohne Verletzung der gegen sie abgeschlossenen Darmlichtung herauspräparierbar. Nach Resektion eines überschüssigen Streifens der Längsmuskulatur Naht der Darmwunde. Bauchnaht etc. Heilung. Die exstirpierte Geschwulst ist eine geschlossene Cyste, unilokulär, enthält trübe, hellbraune Flüssigkeit von Aussehen typischen Dermoidinhaltes. Mikroskopisch zeigt sie Plattenepithelien, Detritus, einzelne rote Blutkörperchen, keine Haare. Die Cystenwand, darmwandähnlich gebaut, enthält außer der Serosa eine Längs- und Ringmuskelschicht, submuköses Bindegewebe und eine Epithelschicht, größtenteils aus geschichtetem Pflasterepithel gebildet, in welche stellenweise auch einschichtiges, cylindrisches, jedoch dem Darmepithel unähnliches Epithel eingelagert war. Keine Drüsen, kein lymphadenoides Gewebe.

Verf. reiht seinem Falle 18 aus der Literatur gesammelte an die Seite, wonach er eine Allgemeinbesprechung dieser Geschwülste gibt. Daraus sei hervorgehoben, daß zwischen Cysten ektodermalen und entodermalen Ursprunges zu unterscheiden, daß aber die von G. beschriebene Cyste ihres ungleichen Epithels wegen schlecht zu klassifizieren ist. Als Ursprungsorgane für die Cysten, soweit sie mehr entodermalen Ursprunges sind, kommen die Allantois, der Urachus und der Dottergang in Betracht. Klinisch können diese Cysten in verschiedener Weise Störungen, zumal Ileuserscheinungen hervorrufen: durch Verengerung des Darmrohres infolge von Seitendruck durch die wachsende Geschwulst, durch Invagination oder, wie in dem beschriebenen Falle, durch Achsendrehung. In den von G. tabellarisch zusammengestellten Fällen sind teilweise die Cysten bei der Sektion gefunden; operiert wurden 6, davon † 4, geheilt 2 (Fall Battle, Exzision der Cyste, und Fall Sprengel, Darmresektion). Ein Verzeichnis der Literatur, 2 makro- und 6 mikroskopische Abbildungen sind beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

48) **D. S. D. Jessup. Primary carcinoma of the vermiform appendix.**
(New York med. record 1902. August 23.)

Bei einer 36jährigen Frau wurde eine Ovarialcyste und der Wurmfortsatz entfernt. Eine feste, gelbliche Geschwulst in letzterem Organ erwies sich als Adenokarzinom, welches Mukosa und Submukosa betraf und die Muskelschichten zum Teil infiltriert hatte. Es ist bemerkenswert, daß 2 ähnliche Fälle im Alter unter 20 Jahren und 4 unter 30 Jahren beobachtet wurden. Die größere Häufigkeit bei Frauen wird vielleicht mit Recht vom Verf. darauf geschoben, daß, wie auch in diesem Falle, öfter ein gelegentlicher Befund bei den beim weiblichen Geschlecht viel häufigeren Laparotomien sich vorfindet.

Loewenhardt (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 8. Sonnabend, den 21. Februar. 1903.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Forst-Aachen.)

Zur Operation der Retentio testis inguinalis.

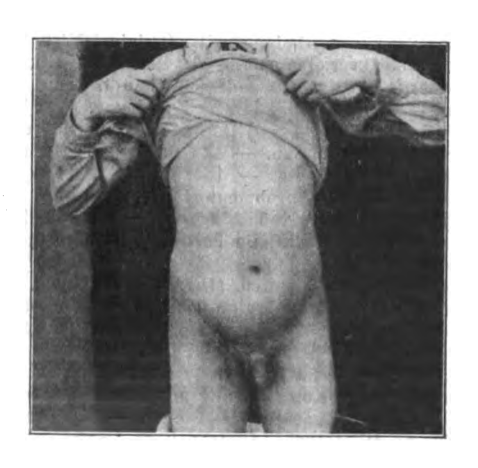
Von
Dr. C. Longard,
dirig. Arzt.

In Nr. 52 der Deutschen medizinischen Wochenschrift Jahrgang 1902 findet sich eine Operation von Katzenstein[1] angegeben, die den Zweck verfolgt, an dem in seine normale Lage zurückgebrachten

[1] Katzenstein, Eine neue Operation zur Heilung der Ectopia testis congenita. Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 52. 28. Jahrgang.

Hoden einen Zug auszuüben, so daß er nicht mehr durch den Samenstrang in den Leistenkanal zurückgezerrt werden kann. Katzenstein erreichte dieses Ziel durch Aufnähen eines aus dem Oberschenkel entnommenen plastischen Lappens auf den verlagerten Hoden. Ich habe dieselbe Idee in etwas anderer und wie mir scheint einfacherer Weise zur Ausführung gebracht. Die Operation gestaltet sich wie folgt:

Nach der Durchschneidung der Haut wird die Fascie des Obliquus ext. in der ganzen Länge des Leistenkanals gespalten, der Hoden vorgezogen und der Samenstrang bis hoch hinauf in den Leistenkanal isoliert, die Tunica communis oberhalb des Hodens quer durchtrennt und der Hoden so mobilisiert, daß er sich bequem an den Grund des stumpf erweiterten leeren Hodensackes bringen läßt. Bis hierher folgt die Operation den bekannten Vorschlägen. Nun wird in den tiefsten Punkt des Hodensackes ein alle Schichten bis auf den Hoden durchtrennender Schnitt von etwa 2—3 cm Länge gemacht, ein etwa 10pfennigstückgroßes Segment des Hodens in diesen Schlitz gedrängt und hier durch 6 bis 7 Fäden, welche die Skrotalhaut und Tunica albuginea des Hodens fassen, ringsum fixiert. Diese Fäden werden lang gelassen und an der Innenseite des Oberschenkels durch einige Heftpflaster - Streifen befestigt. Hierauf wird die Fascie des Obliquus ext. und der Hautschnitt vernäht und event. noch nach dem Vorschlage Kocher's die Tunica communis des Samenstranges mitgefaßt.



Durch die auf diese Weise mit Hoden und Skrotum vereinigten Fäden gelingt es leicht, eine Extension an beiden Gebilden und am Samenstrang auszuüben, die nach Belieben geschwächt oder gesteigert werden kann und so ein Hinaufgleiten des Hodens verhütet. Die beigefügte Abbildung zeigt einen nach dieser Methode operierten Knaben im Alter von 14 Jahren 4 Wochen nach der Operation.

Bei einem zweiten vor ca. 3 Wochen von mir operirten 21jährigen Pat. erzielte ich trotz der schwierigen Verhältnisse mit dieser Methode ein ebenso vorzügliches Resultat.

1) **G. Koch.** Über Knochencysten in den langen Röhrenknochen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

Verf. veröffentlicht die Krankengeschichte eines 15jährigen Knaben, der innerhalb 5 Jahren 2mal einen Bruch des rechten Oberschenkels erlitten hat. Die Entstehungsweise sprach bei dem zweiten Male für eine Spontanfraktur. Sowohl der Operationsbefund wie die mikroskopische Untersuchung der bei dem Eingriffe entfernten Stücke ließ annehmen, daß es sich um eine Knochencyste im Oberschenkel handelte. Der Mangel jeglichen Epithels sprach dagegen, daß eine sog. Retentionscyste vorlag; man mußte dagegen annehmen, daß die Cyste aus einem Enchondrom hervorgegangen war, das in Verknöcherung begriffen und zum Teil in Erweichung übergegangen war. Virchow, dem wir die erste richtige Aufklärung der Pathogenese dieser Geschwülste verdanken, sagt über dieselben, daß die Cystenbildung im Knochen in keinem Falle das Primäre und Wesentliche sei, sondern daß alle Fälle als Umbildungsprodukte früherer solider Neubildungen anzusehen seien. Bei 17 von 22 aus der Literatur zusammengestellten Fällen derartiger Knochencysten ist eine solche frühere Geschwulstbildung sicher erwiesen. Indessen ist wohl kein Zweifel möglich, daß Knochencysten von anderer Entstehungsweise vorkommen können. Von denjenigen Knochenerkrankungen, welche zur Cystenbildung führen können, ist von Ziegler die Arthritis deformans, von v. Recklinghausen die nicht eitrige Knochenentzündung, von Rindfleisch die Osteomalakie mit Bestimmtheit beschrieben worden. Unaufgeklärt sind bisher die Fälle von cystoider Entartung des ganzen Skeletts, da man bei ihnen weder eine Spur von Geschwulstbildung, noch Parasiten, noch irgend etwas von ausgebreiteten Resorptionsverhältnissen konstatieren konnte.

Was das allgemeine Krankheitsbild der Knochencysten anlangt, so ist der häufigste Sitz das obere Drittel der Diaphyse langer Röhrenknochen. Inwieweit das oft angeschuldigte Trauma als Entstehungsursache eine Rolle spielt, läßt sich nicht sicher entscheiden. Die häufigsten klinischen Symptome sind allmählich sich steigernde rheumatoide Schmerzen, Anschwellen der erkrankten Knochenpartie, Spontanfraktur, Knochenverbiegung, Pergamentknittern. Diese Symptome können natürlich leicht zu Verwechslungen mit anderen Knochenerkrankungen führen, namentlich mit bösartigen Geschwülsten, insbesondere dem Osteosarkom, dessen Wachstum allerdings ein viel rascheres ist. Die Brauchbarkeit der Röntgenbilder für die Diagnose dieser Fälle ist nach K.'s Ansicht nicht sehr hoch anzuschlagen, zumal man auch bei der Annahme einer bösartigen Geschwulst nicht ohne vorherige Probeinzision eine Exartikulation des Beines vornehmen wird, um sich vor einem Fehler zu bewahren. Als weitere differentialdiagnostisch wichtige Erkrankungen kommen

noch syphilitische und tuberkulöse Knochenprozesse in Betracht und schließlich noch Knochenabszesse. Die Behandlung ist natürlich eine konservative, d. h. Entfernung der Cyste mit Meißel und Knochenzange soweit, daß gesunder Knochen vorliegt, dessen Flächen zur Verheilung geeignet sind. Die Prognose ist gut für alle Fälle, welche nicht bösartigen Prozessen ihre Entstehung verdanken.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) C. S. Wallace. The treatment of wounded joints.

(Transactions of the clinical society of London Vol. XXXV. p. 7.)

W. kommt an der Hand verschiedener von ihm behandelter Gelenkwunden zu folgenden Schlüssen: 1) Es soll nicht zu energisch nachgesucht werden, ob das Gelenk eröffnet ist. 2) Wenn das Gelenk eröffnet ist, soll es ohne Irrigation geschlossen werden. 3) Bei infiziertem Gelenke soll dasselbe eröffnet, irrigiert und wieder geschlossen werden, höchstens eine Drainage von 24 Stunden. 4) Wenn die Infektion fortschreitet, ist von zahlreichen Drainröhren und permanenter Irrigation nichts Gutes zu erwarten. (Dürfte mit den Anschauungen deutscher Chirurgen wohl nicht übereinstimmen. Ref.) 5) Die Reinigung der Gelenkwunden muß eine mechanische sein durch Entfernung der beschmutzten Teile mit dem Messer, da eine Reinigung mit desinfizierenden Flüssigkeiten nutzlos ist.

Herhold (Altona).

---

3) De Forest Willard. Gonorrhoeal arthritis; treatment by early irrigation of joint.

(Therapeutic monthly 1902. Juli.)

Bei frühzeitiger Untersuchung des Gelenkinhaltes bei Arthritis gonorrhoica fand Verf. fast immer Gonokokken; später sind sie oft abgestorben und nicht mehr nachweisbar. Ist der Erguß klein, sind in ihm keine Gonokokken aufzufinden und die Symptome leicht, so kann die gewöhnliche Behandlung mit Fixation, Eis etc. eingeleitet werden. Sind dagegen Gonokokken nachgewiesen oder die Verhältnisse derart, daß an der Diagnose Arthritis gonorrhoica kein Zweifel besteht, so empfiehlt Verf., um die Gonokokken und ihre Produkte möglichst bald wieder aus dem Gelenke zu entfernen, die sofortige Arthrotomie auf beiden Seiten und Durchspülung mit heißen antiseptischen Lösungen; hierauf bei rein serösem Ergusse Verschluß des Gelenkes ohne Drainage und Fixation für 10—14 Tage, bei Rückkehr des Ergusses nochmalige Wiederholung der Behandlung. Bei einer derartigen frühzeitigen Entfernung der Krankheitsursache wurden die Resultate des Verf. bezüglich der späteren Gelenkfunktion bedeutend besser als früher bei abwartender Behandlung. Wichtig ist die gleichzeitige gründliche Behandlung der Harnröhre.

Mohr (Bielefeld).

---

4) **J. Berg.** Über die Bedeutung des einfachen Thiersch-schen Hautlappens in der plastischen Chirurgie.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. 3. F. Bd. I. Abteil. 1. Nr. 20. [Deutsch.])

In der vorliegenden Arbeit, welche auszugsweise in der 5. Sitzung der Nordischen Gesellschaft für Chirurgie vorgetragen wurde, hat Verf. ein besonders wichtiges Kapitel der plastischen Chirurgie mit seiner reichen Erfahrung beleuchtet. Wo es sich darum handelt, den Verlust der Wand einer Körperhöhle in ihrer vollen Stärke zu ersetzen, hat man der Hauptsache nach drei verschiedene Wege einzuschlagen: 1) doppelte Hautlappen, 2) einfacher Hautlappen mit Schleimhautbekleidung der tiefen Fläche und 3) einfacher auf der Innenseite nach Thiersch epidermisierter Hautlappen. Auch kann es wünschenswert sein, eine Zwischenschicht Periost, Knochen oder Knorpel zu transplantieren. Die dritte dieser Methoden bespricht Verf.

Zuerst hat sie sich ihm bei Operationen wegen Ectopia vesicae bewährt. Schon früher (Nord. med. Arkiv 1893) hat B. behauptet, es sei »dies die beste Transplantationsweise bei Ectopia vesicae, geeignet, alle älteren Methoden zu verdrängen«. Die 11 Jahre, welche seitdem verflossen sind, haben ihm diese Überzeugung bestärkt durch die schönen Resultate in allen denjenigen Fällen, bei denen eine direkte Vereinigung der Ränder des Defektes nicht zu erzielen war. Diese Resultate haben ihn veranlaßt, dieselbe Methode auch bei Operationen an anderen Körperstellen anzuwenden, wo der Behandlung eine ähnliche Aufgabe gestellt wurde. Zunächst bei Hypospadie, sowohl zur Schließung hartnäckiger Fisteln, welche nach Anwendung irgend einer Methode zurückblieben, als auch zur Methode der Wahl bei totaler Hypospadie.

Ein anderes Gebiet, auf welchem Verf. den einfachen Thiersch-schen Hautlappen mit Vorzug angewendet hat, ist die Meloplastik, und zwar — im Gegensatz zu Lexer — besonders bei großen Defekten, z. B. nach Exstirpation nicht nur der Wange in großer Ausdehnung, sondern auch mehr oder weniger große Teile der Lippen, des Mundbodens, der Zunge, des Ober- oder Unterkiefers etc. wegen bösartiger Neubildungen.

Nach einer kritischen Durchmusterung des Verfahrens von Gersuny, v. Hacker, v. Eiselsberg, Hahn, Israël, Czerny u. a. und der Indikationsstellung dieser Forscher zieht B., um von dem relativen Werte des doppelten Hautlappens und des einfachen Thiersch'schen Hautlappens als meloplastischer Methode eine richtige Auffassung zu bekommen, einen Vergleich zwischen der Funktionsfähigkeit der auf die eine oder die andere Art gebildeten Wange. Die Vorzüge sind ganz augenscheinlich. Überdies ist auch der Gesichtspunkt zu berücksichtigen, daß der Operateur bei der Exstirpation der Neubildung — die gewöhnlichste Indikation für umfangreiche meloplastische Operationen — sich bewußt ist, im Be-

sitze einer Methode zu sein, mit deren Hilfe er selbst die größten Defekte ausfüllen kann; und damit er nicht so leicht in Versuchung gerät, das krankhafte Grenzgewebe unvollständig zu entfernen, um etwa Schleimhaut zur Bedeckung des Defektes aus der Nachbarschaft der Geschwulst zu sparen oder der Anwendung des großen Doppellappens zu entgehen.

Wo keine besondere Veranlassung zur Benutzung von Gesicht-, Stirn- oder Schläfenhaut vorliegt, entnimmt Verf. die Haut ausschließlich dem Hals oder Nacken. Die Ausführung der Operation und die Nachbehandlung ist kurz folgende:

1) »Es ist von Wichtigkeit, den Lappen etwas reichlicher zu bemessen, als wenn er direkt nach dem Ausschneiden an seinem definitiven Platz festgenäht würde. Besonders muß die Breite des Lappens die Höhe des Defektes wesentlich überragen.

2) Die Basis des Hautlappens kann bedeutend schmäler gemacht werden, wenn man sich darauf beschränkt, in der ersten Sitzung die Hautgrenzen desselben zu markieren, ihn aber nicht in der Tiefe in der ganzen Ausdehnung frei zu präparieren, welche für die schließliche Drehung desselben erforderlich ist.

3) Der Stiel darf weder stark gespannt noch gedreht werden, die Biegungsstelle wird mit fetter, steriler Baumwolle untergebettet, der Lappen am besten mittels einiger Nähte an der Schläfenhaut befestigt, dann mit den Thiersch'schen Läppchen bedeckt.

4) Um die Aseptik der bepflanzten Oberfläche zu sichern, schließt man den Wangendefekt mit Vorteil durch ein Stück Guttaperchataffet, das an einigen Stellen an den Rändern des Defektes festgenäht, im übrigen durch Bandagen fixiert wird. Die beiden Bandagen werden mittels fetter Watte voneinander isoliert und so gelegt, daß sie unabhängig von einander gewechselt werden können.

5) Etwa 1 Woche nach der Bepflanzung kann, wenn dieselbe geglückt ist, der Lappen an seinen definitiven Platz verlegt werden«.

Auch in der Blepharoplastik sowie in der Rhino- und Tracheoplastik hat Verf. gute Erfolge der genannten Methode zu verzeichnen. Über die Ausführungen der betreffenden Operationen gibt das Original die erforderlichen Details.

Hansson (Cimbrishamn).

---

5) **S. Behrmann.** Die Behandlung der Teleangiektasien und Angiome durch elastische, mit einer Andrückvorrichtung versehene Kissen.

(Deutsche Ärztezeitung 1902. Nr. 14 u. 15.)

B. zieht zur Behandlung von Teleangiektasien und Angiomen, welche eine knöcherne Unterlage haben, die alte Methode der Kompression heran, welcher er durch seine (abgebildeten) Apparate ein modernes Äußere gegeben hat.

Wenn auch seine Begründung für diese Methodik, daß in der Praxis die kleinen Eingriffe meist verweigert werden, nicht stich-

haltig ist, so ist dieselbe für die Chirurgen deshalb von Interesse, weil es damit gelingen soll, jene ausgedehnten Teleangiektasien des Gesichtes zu heilen oder wesentlich zu bessern, welche ein chirurgisches Vorgehen ausschließen. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

6) **K. Deutschländer.** Zur Pathogenese der kindlichen Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Nach einer kritischen Betrachtung über die bisherigen Ergebnisse der Literatur hinsichtlich der Pathogenese der Skoliose geht Verf. etwas näher auf die neueren pathologisch-anatomischen Untersuchungen über die osteomalakischen Knochenstrukturen ein, vornehmlich auf diejenigen v. Recklingshausen's. Unter Zugrundelegung dieser Untersuchungen teilt Verf. den klinischen Verlauf in drei Stadien ein. Das erste Stadium ist das der floriden infantilen Osteomalakie, das zweite Stadium das der statischen Veränderungen und der funktionellen Anpassung, schließlich das dritte Stadium das der Ankylosenbildung und der Fixation der abgelaufenen statischen Deformierungen. **J. Riedinger** (Würzburg).

7) **H. Zuppinger.** Noch einmal die Zuppinger'sche Skoliosentheorie.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. schildert, indem er seine Theorie gegen Schulthess verteidigt, zunächst die von ihm geübte Methode der Thoraxmessung an Lebenden, hauptsächlich bestehend in der Aufnahme horizontaler Thoraxprofile mit dem Bleidraht und in der Benutzung der Photographie. In einer Anzahl von Fällen fand er mittels dieser Methode als erste nachweisbare Erscheinung der beginnenden Deformation eine Drehung des größten und eine Verkürzung des linken diagonalen Durchmessers. Dies war der Ausgangspunkt für seine Theorie, die sich aber nur auf bestimmte Fälle erstreckt, und die Verf. nicht verallgemeinert wissen will. Nicht hierher gehören nämlich diejenigen Fälle, welche die charakteristische Verlagerung des Brustbeins nicht aufweisen. Der weitere Vorgang ist nun nach Z. der, daß die linksseitigen Rippen bei rechtskonvexer Dorsalskoliose den auf sie ausgeübten Druck auf die Wirbel fortleiten und so zur Skoliosenbildung mithelfen. **J. Riedinger** (Würzburg).

8) **J. v. Mikulicz** und Frau **V. Tomasczewski.** Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen und schlechte Körperhaltung.

Jena, **Gustav Fischer,** 1902. 104 u. XLII. S., 103 Abbildungen.

Das Buch enthält eine vortreffliche Anleitung zur kunstgerechten Ausführung von Turnübungen bei Rückgratsverkrümmungen nach

einer seit vielen Jahren erprobten Methode und ist geeignet, die Ausgestaltung des Turnens, bestehend in Frei- und Geräteübungen, für spezielle orthopädische Zwecke wesentlich zu fördern. Es ist sowohl für Ärzte als für Erzieher geschrieben und darf als ein populäres Werk im besten Sinne des Wortes bezeichnet werden. Das Studium des Buches wird durch zahlreiche gute Abbildungen sehr erleichtert. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

9) **J. Dollinger.** Die Behandlung der Oberschenkel- und Oberarmfrakturen Neugeborener und kleiner Kinder.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 570.)

D. empfiehlt zur Behandlung genannter Knochenbrüche Gipsschienen, mit welchen er sehr gute Resultate erzielte, insbesondere bei den Oberschenkelbrüchen Verkürzung und winklige Heilung vermied. Der gebrochene Oberschenkel wird von einem Assistenten unter Ausgleich der bestehenden Verkürzung und Verbiegung in Hüfte und Knie stumpfwinklig gebeugt gehalten und zunächst eine vordere Schiene gemacht, welche vom Rippenrande bis zum Fuße reicht. Sie wird in der Vertiefung unterhalb der Spin. il. ant. sup. ziemlich tief eingedrückt, damit sie sich zwecks Streckwirkung auf das Bein an diesen Knochen stemmt. Die hintere Schiene hat entsprechende Länge und wird analog gegen Scham- und Sitzbein eingedrückt. Beide Schienen bedecken am Beine den halben Umfang desselben, am Rumpfe reichen sie medianwärts etwas über die Körpermitte; sie werden aus einer ca. 10fachen Lage Gipsbinden hergestellt, mit Watte und Mull gepolstert und mit Mullbinden angewickelt. Die Kinder werden sorgfältig rein gehalten, die Schienen täglich abgenommen und nach Massage der Beinmuskulatur wieder angelegt, bei etwaiger Durchfeuchtung im Ofen nachgetrocknet, bei Bedarf, der während der 3—4 Wochen erfordernden Behandlung 2—3mal eintrat, erneuert. Außer der Sicherung guter Heilung zeichnet sich die Behandlung auch dadurch aus, daß die Kinder nicht dauernd liegen müssen und ambulant behandelt werden können. D. hält sie anderen Behandlungsmethoden für unbedingt überlegen.

D.'s Verbandmethode bei kindlichen Oberarmbrüchen ist analog. Hier wird an der Innenseite des Armes eine Gipsschiene appliziert, welche bei gebeugtem Ellbogen und halbrechtwinklich abduziertem Oberarme vom Handgelenke erst bis in die Achsel herauf und dann heruntergeht und dann die Seite des Thorax umgreift. Auf der Streckseite des Oberarmes wird noch eine kurze Außenschiene hinzugefügt. Auch hier waren die Resultate gut.

2 Abbildungen und ein Literaturverzeichnis (11 Nummern) sind der Arbeit beigefügt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

10) R. Gersuny. Vorschläge zur Resektion des Humerus.
(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 23.)

Nach einer Humerusresektion soll für eine möglichst brauchbare Befestigung des Humerusrestes Sorge getragen und über die vorhandene Muskulatur so disponiert werden, daß möglichst viel von ihrer Kraft nutzbar gemacht werden kann. Zur Erreichung dieses Zieles soll bei geringerem Knochendefekt, nach der Resektion in der Gegend des Collum chirurgicum durch Verlagerung der Muskelinsertionen am oberen Teile des Humerus (Deltoid., Pectoral. maj., Latiss. d.) an eine periphere Stelle ein neues Muskellager für die neue Knochenverbindung geschaffen werden. Nach der Resektion längerer Stücke, bis herab zur Mitte, soll die Knochensägefläche an der entsprechenden Stelle des axillaren Randes oder am unteren Winkel des Schulterblattes angeheftet werden. Bei vollem oder fast vollem Verluste des Oberarmknochens kann man an eine seitliche Anheftung der Oberarmcircumferenz an die Thoraxpartie denken, um den Unterarm unter dem Einflusse der Oberarmmuskulatur zu halten, ohne Heraufziehung des Stumpfes bei der Kontraktion, und um das haltlose Pendeln des Unterarmes zu verhüten. — Nach diesen Grundgedanken hat G. in einem Falle von Resectio humeri wegen Neubildung an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel gehandelt. Nach der Heilung stemmt sich der ca. 10 cm lange Humerusrest gegen den Thorax; der proximal gelegene knochenlose Teil des Oberarmes ist mit der Thoraxseite verwachsen, die Muskulatur in ihr wirkt aber auf den Knochenhebel mit durchaus befriedigender Funktion. **Herm. Frank** (Berlin).

---

11) G. Doberauer. Über die Dupuytren'sche Fingerkontraktur.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Nach Beleuchtung des pathologisch-anatomischen und klinischen Bildes der Dupuytren'schen Fingerkontraktur und besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Ansichten über die Ätiologie dieses Leidens, berichtet D. über die Resultate, welche an der Prager deutschen Klinik in 7 Fällen bei Anwendung des Kocher'schen Operationsverfahrens erzielt worden sind.

D. hält Allgemeinnarkose und Blutleere für erforderlich. Das Hauptaugenmerk ist darauf zu richten, eine Hautgangrän zu vermeiden, welche den Erfolg der Operation sehr in Frage stellen kann. Deshalb ist die Bildung eines großen Hautlappens gefährlich. Von größter Bedeutung ist die Nachbehandlung durch Massage und passive Bewegungen. Das Fehlen einer derartigen Nachbehandlung wird für den mangelhaften Erfolg in 2 Fällen der Wölfler'schen Klinik als Ursache angesehen. **Blauel** (Tübingen).

12) C. Timann. Die Behandlung der Spina ventosa mittels freier Autoplastik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

T. beschreibt ein von Müller-Rostock schon seit mehreren Jahren geübtes Verfahren, den bei Spina ventosa durch Radikaloperation entstandenen Defekt der Diaphysen der Mittelhand-, Mittelfuß- und Phalangenknochen zu ersetzen. Unter Blutleere wird die Diaphyse, meist mit dem Periost, total exstirpiert. Der Defekt wird durch ein entsprechend großes, besser noch größeres Stück aus dem unteren Ende der Ulna ersetzt. Dieses Stück wird mit dem zugehörigen Periost mittels feinen Meißels aus der freigelegten Partie des äußeren Ulnarrandes entnommen und zwischen die stehengebliebenen Gelenkenden eingefügt. Beide Wunden werden dann geschlossen. Es folgen 12 Krankengeschichten und eine Reihe von Röntgenbildern.

Nach Verf. erzielt die freie Osteoplastik aus der Ulna bei einer gewissen Einfachheit der Ausführung eine meist recht gute Funktion der Finger. Letztere tritt allerdings oft erst nach Verlauf von 3 bis 5 Monaten ein, wenn der Ersatzknochen sich an die neuen Verhältnisse angepaßt hat. Als Vorschrift ist zu betrachten: Je jünger das Individuum ist, um so größer als das exstirpierte Knochenstück muß das Ersatzstück gemeißelt werden. **Blauel** (Tübingen).

---

13) A. Möller. Zur orthopädisch-chirurgischen Behandlung der schlaffen Lähmungen der unteren Extremitäten.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. empfiehlt die Anlegung eines Krause'schen Gipsgehverbandes nach dem Redressement paralytischer Kontrakturen der unteren Extremitäten. Werden solche Verbände längere Zeit getragen, so sind Sehnentransplantationen leichter auszuführen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

14) K. Ludloff. Zur Pathogenese und Therapie der angeborenen Hüftgelenksluxationen.

(Abdruck aus dem Klinischen Jahrbuch.)

Jena, **Gustav Fischer**, 1902. 136 S. mit 14 Tafeln u. 152 Abbildungen im Text.

Verf. stützt sich auf ein Beobachtungsmaterial von 23 Fällen aus der v. Eiselsberg'schen Klinik in Königsberg. Die Krankengeschichten dieser Fälle sind in der Arbeit vorangestellt. Alsdann folgt eine genaue Analyse der Röntgenbilder; und zwar sind die für die Pathogenese wichtigen Eigentümlichkeiten derselben übersichtlich zusammengestellt. Den Leser erfreut die Gründlichkeit der Untersuchung und die feine Beobachtungsgabe, die aus der Schilderung der einzelnen anatomischen und pathologischen Befunde hervorgeht. Letztere ergeben sich zunächst aus der Vergleichung von Serien-

bildern in einer Reihenfolge vom jüngsten bis zum ältesten Individuum. So folgt nach der Vergleichung der Röntgenbilder der luxierten Pfannen unter sich die der Röntgenbilder der nicht luxierten Pfannen, wobei auch die traumatischen Verrenkungen in Berücksichtigung gezogen werden. In ähnlicher Weise werden die Oberschenkel beschrieben, sowie die Stellung des Kopfes zur Pfanne. Einen besonderen Wert legt Verf. auf die genaue Berücksichtigung der Verstärkungsbänder des Hüftgelenkes.

Die Hauptergebnisse der Untersuchung beziehen sich auf die Abflachung und die Verkleinerung des Pfannencavums, die geringe Hervorragung des Pfannenrandes, die Existenz einer Gleitfurche im oberen Pfannenrande, sowie die Verkleinerung, Deformierung und Dislokation des Kopfes und des Schenkelhalses.

Zum besseren Verständnis der Pathogenese stellte Verf. auch Untersuchungen an normalen Hüftgelenken von Erwachsenen und von 25 fötalen Leichen an. Es ergab sich am fötalen Skelett eine auffallende Disposition zur Oberschenkelverrenkung, bedingt durch große Flachheit der Pfanne, Mißverhältnis zwischen Kopf und Pfanne und mangelhafte Festigkeit der Kapselpartie oben hinten zwischen dem Lig. ileofemorale superius und dem Lig. ischiofemorale. Nach umschriebener Ausweitung der Zona orbicularis kommt es bei Flexions- und Adduktionsstellung des Oberschenkels an jener Stelle leicht zu einem Heraustreten des Oberschenkelkopfes. Dem austretenden Kopfe wird außerdem der Weg dadurch erleichtert, daß die Knorpelfuge im hinteren oberen Pfannenrande, zwischen den Kernen des Os ilei und des Os ischii, länger bestehen bleibt. Hat nun der Kopf einmal die Pfanne verlassen, so kommt es an beiden zu sekundären Veränderungen.

Hinsichtlich der Therapie ist zu erwähnen, daß die Klinik das unblutige Lorenz'sche Verfahren angenommen hat. Nach dem Verlassen der Schraubenextension wurde Pumpenschwengelbewegung nach Hoffa und Einrenkungsmanöver über dem Klotz angewandt mit nachfolgender Feststellung des Oberschenkels in Abduktion von mindestens 90 bis 120° und Überstreckung. Bei älteren Kindern wurde vorher auf ca. 8 Wochen ein Beckengipsverband über die verrenkte Hüfte bis zum Knie angelegt, wodurch die Muskulatur erschlafft und die Reposition erleichtert wurde. Der Verband nach der Einrenkung umschloß gewöhnlich den reponierten Oberschenkel bis zu den Femurkondylen des gebeugten Knies, den anderen Oberschenkel in gestreckter Stellung bis zur Mitte und den Rumpf bis zum Ende der Rippenbogen. Nach 14 Tagen wurde der Verband gewechselt. Erst nach 3—7 Monaten wurde die Primärstellung durch Verringerung der Abduktion bis auf 45° und Verringerung der Außenrotation in eine Sekundärstellung umgewandelt, welche alsdann bei einseitiger Reposition durch einseitige Gipshose bis zu den Knöcheln oder Zehen festgehalten wurde. Pat. ging von da an mit hoher Sohle unter dem gesunden Beine am Gehbänkchen umher.

Zuletzt wurde ein gutsitzender Lange'scher Gürtel angelegt. Die Reposition wurde in dieser Weise an 20 Gelenken vorgenommen. Unter diesen glückte sie definitiv bei 19. Die Kinder hatten ein Alter bis zu 12 Jahren. Bei einem Kinde mit Little'scher Krankheit gelang es nicht, die Repositionsstellung zu erhalten.

Verf. gibt noch über eine Reihe weiterer Einzelheiten hinsichtlich der Therapie, des Mechanismus der Reposition und der späteren Resultate interessante Aufschlüsse.

6 Tafeln enthalten die durchgepausten Umrißzeichnungen von Röntgenphotogrammen, 6 weitere Tafeln diese Photogramme selbst, entsprechend verkleinert. Auf 2 Tafeln sind andere, zum Vergleich herangezogene Becken, sowie fötale Skelette in Röntgenbildern zur Darstellung gebracht.

J. Riedinger (Würzburg).

---

15) **C. Ghillini.** Le traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche par rapport aux difformités du fémur.

(Revue d'orthopédie 1902. Nr. 1.)

Für die verschiedenen Stellungen des Kopfes zur Pfanne benutzt G. auch verschiedene Exkursionen, um denselben an die gehörige Stelle zu bringen. Er empfiehlt bei der zu hohen Stellung Abduktion, der zu tiefen Adduktion, der Stellung zu weit nach vorn Rotation nach innen, zu weit nach hinten Rotation nach außen. Verf. verfügt über mehr als 100 Erfahrungen. Die Gleichstellung der angeborenen Verrenkung mit der traumatischen bezüglich der Einrichtungshandgriffe ist falsch wegen der Deformationen des Kopfes. Bei einem 20 Monate alten Kaninchen hat G. 2 Monate nach künstlicher Herstellung einer Luxatio iliaca posterior die Neubildung einer neuen Pfanne entstehen sehen.

Herm. Frank (Berlin).

---

16) **M. Reiner.** Über die unblutig operative Epiphyseolyse zur Behandlung des Genu valgum adolescentium.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Die Arbeit bildet eine Erweiterung des Vortrages, den Verf. auf der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg gehalten hat (konf. Zentralblatt für Chirurgie 1901 Nr. 50). Insbesondere hat er die Literatur ausführlicher behandelt und geht genauer auf die Technik der Epiphyseolyse am unteren Abschnitte des Femur ein. Ferner sind die anatomischen Veränderungen und die Resultate von Leichenversuchen unter Benutzung von Röntgenbildern erörtert. Von neuem tritt Verf. für das Verfahren, für welches er einen eigenen Apparat konstruiert hat, auf Grund seiner im Lorenz'schen Ambulatorium in Wien gemachten Erfahrungen ein.

J. Riedinger (Würzburg).

---

17) **Mally** et **Richon.** De la fracture du Dupuytren. Moyens de contention. Amyotrophies reflexes; déviation secondaire. Consolidation vicieuse.

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 8—10.)

Die Arbeit ist veranlaßt durch 3 zum Teil sehr genau beobachtete und beschriebene Fälle von Dupuytren'scher Fraktur, die sich neben mangelhafter Konsolidation vor allem durch atrophische Erscheinungen an der Muskulatur des Unterschenkels auszeichneten.

Verff. holen recht weit aus und widmen zuerst historischen Angaben eine Reihe von Seiten.

Die Kernpunkte der hier interessierenden Kapitel sind die Theorien der Verff. über die Entstehung der trophischen Störungen sowie ihre Behandlungsvorschläge.

Die Folgeerscheinungen der Dupuytren'schen (Abduktions-) Fraktur erklären sich aus ihrer Natur als Gelenkbruch.

Durch Reflexwirkung auf das Rückenmark kommt es zur Degeneration und numerischen Verminderung der Ganglienzellen des Vorderhornes der entsprechenden Seite. Zur Begründung dieser Annahme stützen sich Verff. auf Tierexperimente (Mignot und Mally, Raymond und Deroche), sowie auf Mitteilungen Klippel's vom Menschen; sie vermuten hierin den Grund für die verschiedenartigen Störungen, die bei sonst anscheinend richtiger Behandlung und guter Heilung des Bruches sich so häufig einstellen: Hyperhydrosis, Hypertrichosis, Ödem, Weichheit des Kallus, Ausbleiben der Ossifikation und deren Folgen für Gestalt und Funktion.

Auf diesen Betrachtungen baut sich der Behandlungsplan auf, welchen die Verff. dem Bruche und event. sich einstellenden Amyotrophien angedeihen lassen.

Den 1. Teil bildet die Einrichtung des Bruches und der begleitenden Verrenkungen. Sodann wird ein Gipsschienenverband angelegt, welcher das Prinzip der Dupuytren'schen inneren Schiene verbindet mit der doppelten Absicht, Dekubitus des inneren Knöchels und Verschiebung der Bruchstücke zu vermeiden.

Aus Tarlatan in etwa 16facher Lage wird eine hintere Schiene mit am Ende halbseitig abgesetztem Flügel ausgeschnitten, der außen um den Fußrücken herumgeschlagen werden soll; sie ist mit Einkerbungen für die Knöchel versehen, wird, mit Gips gesättigt, an den rechtwinklig adduzierten Fuß angelegt und schnell mit Binden befestigt. So lange sie noch plastisch ist, wird eine innere (Dupuytren'sche) Schiene mit Wattekissen angebracht und über dieser die Fußstellung noch verschärft und gefestigt. Sie bleibt 48 Stunden — bis zur völligen Erstarrung des Gipsverbandes — liegen. Nach etwa 45 Tagen wird der Verband entfernt. Während dieser Zeit kann die Konsolidation durch Radiographie verfolgt werden. Das Bein erhält dann einen Schienenhülsenapparat, um die vorzeitige Belastung des weichen Kallus zu verhindern.

Vor allem ist nun festzustellen, ob reflektorische Reizerscheinungen des Rückenmarkes bezw. dadurch bedingte spastische Symptome an den Unterschenkelmuskeln — Tibiales, Peronei — bestehen; denn wahrscheinlich setzen jene Vorgänge recht früh ein und verlaufen ziemlich akut. Dann sind vor allem Massage, Faradisation und Ermüdung — weil den Reizzustand erhöhend — zu verwerfen; an ihre Stelle treten vorsichtige passive Mobilisierung, statisch-elektrische Böder, elektrische Reibungen des unteren Teiles der Brustwirbelsäule (Lendenmark). Unter dieser Behandlung sollen die trophischen Störungen der Muskeln schnell zurückgehen. Inwieweit auch die anderen — als trophische bezeichneten — Vorgänge, Kallusbildung etc., heilsam beeinflußt werden können, muß wohl die Zukunft lehren, von der wir auch die weitere Bestätigung der reflektorisch-entzündlichen Degenerationen in den Vorderhörnern erwarten müssen.

Christel (Metz).

---

18) **E. Destot.** Fractures du tarse postérieur (malléoles, astragale, calcaneum).

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 8.)

19) **L. Ombrédanne.** Contribution à l'étude des fractures de l'astragale.

(Ibid. Nr. 8 u. 9.)

Die Arbeiten sind ihrem Charakter nach verschieden und kommen auch zu verschiedenen Ergebnissen.

Die erste ist rein deskriptiv. Im Verlaufe von 6 Jahren hat D. ca. 500 Radiogramme von Fußkontusionen gesammelt, um die pathologische Anatomie der Tarsusfrakturen zu studieren und Typen aufstellen zu können. Die Aufnahmen wurden meist dann erst gemacht, wenn die Schwellungen und Ergüsse durch Resorption verkleinert waren. Es ist unmöglich, im Rahmen des Referates die zahlreichen Variationen der Bruchlinien, mutmaßliche Mechanik, klinische Bedeutung und Behandlung der einzelnen Typen zu besprechen; nur einiges sei mitgeteilt zugleich im Hinblicke auf die zweite Arbeit.

D. ist der Ansicht, daß Leichenversuche unzuverlässig sind und nicht das ergeben, was man von ihnen verlangt, weil sie den Unregelmäßigkeiten der natürlichen Vorkommnisse zu wenig Rechnung tragen. Er nimmt ferner an, daß der Bruch des Taluskopfes in extremer Dorsalflexion durch Dekapitation zustande komme, weil der vordere Schienbeinrand auf ihn getrieben werde — eine Ansicht, der O. entgegentritt. Doch dürfen wir O. insofern beipflichten, daß, selbst wenn wir an der Wirksamkeit der Abreißungen festhalten, die sicher ist bei Auftreffen des ganzen Fußes, wir doch die weitere, die Bruchstücke zermalmende Wirkung der fortdauernd verletzenden Kraft nicht vernachlässigen dürfen. Auf die Frage, warum bei senkrechtem Stoße auf die Tibia von oben diese im Talotibialgelenke — event. (Durand) in 3 Bruchstücke — berstet, während der viel

weniger resistente Calcaneus intakt bleibt, vermag er eine Antwort nicht zu geben.

Es ist bedauerlich, daß D. mit dem großen verwendeten Material sozusagen nur Skizzen entworfen hat. Zudem sind Symptomatologie, Mechanik und Therapie als gemeinsame Kapitel — getrennt von der mit äußerst schematischen Figuren ausgestatteten pathologisch-anatomischen Abhandlung — besprochen, wodurch die Arbeit wohl sehr abgekürzt, ihre Verständlichkeit jedoch beeinträchtigt wird.

O. sucht die Mechanik der Talusfrakturen durch Experimente zu begründen, die er so anstellte, daß über dem horizontal am Boden fixierten Fuß der Unterschenkel stark gebeugt wurde, weiterhin unter Hinzufügung von Ad- und Abduktionsbewegungen. Auf diese Weise ist es ihm gelungen, 3 Frakturtypen ziemlich regelmäßig zu erzeugen:

1) Fraktur des Talushalses; Bruchfläche frontal hinter dem Ansatze des Lig. ypsiliforme nach aufwärts, mit oberer Grenzlinie am oder im Tarsotibialgelenke.

2) Sagittal verlaufende Fraktur, welche das Lig. talocalcaneum am inneren Rande vom Cap. tali abtrennt.

3) Abreißungen der Tuberc. poster. int. oder ext., bezw. beider, nach dem Shepard'schen Typus.

Alle sind »Fractures par arrachement«, besonders der Bruch des Taluskopfes. Gegen Dekapitation spricht 1) daß die obere Bruchlinie oft noch hinter dem Kopfe in der Gelenkfläche, die untere hinter dem Lig. ypsiliforme verläuft, und 2) häufig die Malleolen nicht gleichzeitig abgerissen sind — was für die Abquetschung die Vorbedingung wäre.

Klinisch wird sich die Fraktur des Taluskopfes durch Verschiebung des Vorfußes nach einwärts, event. gleichzeitige Verkürzung zu erkennen geben, während die beiden anderen Formen meist das Bild schwerer Verstauchung darbieten dürften. Besonders wird man immer, wenn nach Fall auf die Füße mit starker Dorsalflexion trotz monatelanger zweckmäßiger Behandlung noch Gehstörungen — Achillodynie — zurückbleiben, nach Abreißung der Tubercula suchen müssen, die wenig Neigung zum Verwachsen zeigen.

Da die Typen 1 und 3 eine ziemlich ungünstige Prognose haben, wird man frühzeitig mittels Röntgenstrahlen die Diagnose sichern und event. von vornherein den Talus entfernen. Daß auch Zertrümmerungsfrakturen des Talus zwischen Tibia und Calcaneus zustande kommen, bezweifelt O. auf Grund seiner Untersuchungen; nur direkte äußere Gewalteinwirkung — Überfahren, Schußverletzungen — könnte dies tun.

Trägt so die Arbeit das Gepräge großer Präzision, so ist doch dabei des D.'schen Einwurfes zu gedenken, daß die gleichmäßigen Vorbedingungen des Experimentes sich relativ selten unter den unberechenbar wechselnden Komponenten der Kraftrichtung und -größe

sowie der Flächenverhältnisse, wie das Betriebsleben sie stellt, zusammentreffen werden. **Christel** (Metz).

---

20) **De Forest Willard.** Club-foot; astragalectomie for relapsed and inveterate cases.

(International clinics Vol. III. Serie 12.)

Die Talusexstirpation wegen Klumpfußes ist angezeigt: 1) bei Erwachsenen mit starker Knochendeformität, 2) bei nicht behandelten Kindern von 5—15 Jahren, deren Tarsus durch das Umhergehen stark verschoben wurde, 3) bei Fällen, die nach den gewöhnlichen Operationsmethoden (Redressement, Tenotomien) rezidivierten, 4) ausnahmsweise bei jungen Kindern, bei denen die Fußknochen von Anfang an außerordentlich unnachgiebig und die Bewegungen in den Gelenken sehr eingeschränkt sind. Die Talusentfernung ist in Fällen, in denen überhaupt Eingriffe am Knochen notwendig sind, nach den Erfahrungen des Verf. die beste Methode, da sie einen im Fußgelenk gut beweglichen Fuß schafft. Operationen an der Achillessehne werden dabei nur selten notwendig. Verf. demonstriert an mehreren Photogrammen seine Resultate.

Mohr (Bielefeld).

---

21) **K. Hasebroek.** Über Mittel-Vorderfußbeschwerden und deren Behandlung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. macht unter Mitteilung entsprechender Fälle darauf aufmerksam, daß sich unter den Beschwerden, die als Plattfußbeschwerden bezeichnet werden, in der Regel primäre Gelenkaffektionen, wie Rheumatismus, Gicht, Gelenkneurose etc., verbergen. Auf das Trauma hat er schon früher aufmerksam gemacht. Völlig abweichend von der bisherigen Anschauung nimmt Verf. sogar an, daß der Plattfuß im Beginne überhaupt ohne Beschwerden verläuft.

Charakteristisch für die Störungen im Chopart'schen Gelenke und in den angrenzenden Gelenkverbindungen ist die schmerzhafte Versteifung der Gelenke für Pro- und Supinationsbewegungen des Fußes. Eine weitere Kategorie von Störungen betrifft das Lisfranc'sche Gelenk. Dieselben äußern sich ebenfalls in abnormer Rigidität, ferner in Flexionsstellung des Gelenkes (Hohlfuß), und sind häufig kombiniert mit Schmerzen in anderen Gelenken.

Die Therapie besteht in Massage, manueller Redression, Gymnastik, sowie in der Anwendung von Einlegesohlen, welche der Fußsohle zweckmäßig anzupassen sind. Als Material für die Einlegesohlen wird Celluloid empfohlen. Auch prophylaktisch muß das Schuhwerk in zweckmäßiger Weise eingerichtet sein.

J. Riedinger (Würzburg).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der k. k. chirurgischen Universitätsklinik zu Graz
weil. Hofrat Prof. Nicoladoni's.)

Zur Technik der Behandlung kavernöser Tumoren.

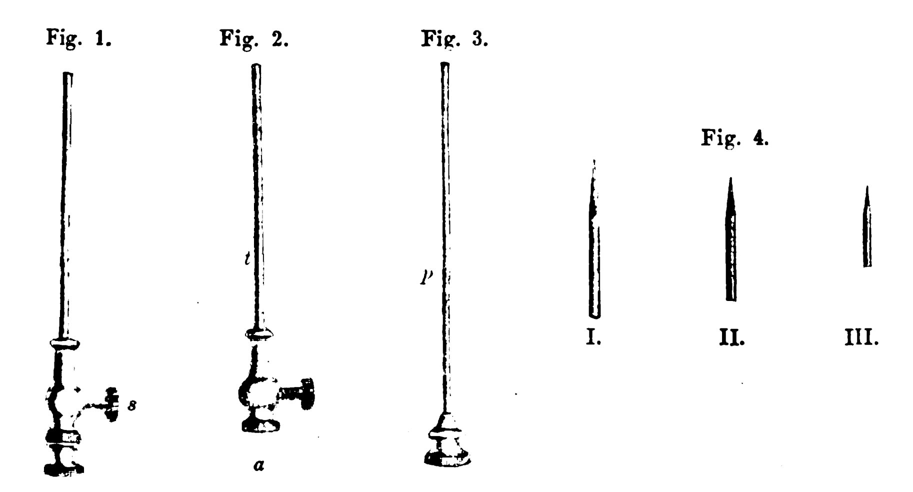
Von

Prof. Dr. **Erwin Payr.**

Ich habe zu Beginn des vergangenen Jahres in einem kleinen Aufsatze in der »Deutschen Zeitschrift für Chirurgie« die Entwicklungsgeschichte, die Indikationen und die Technik eines Verfahrens mitgeteilt, das in einfacher und gefahrloser Weise mächtige, selbst auch auf weit verzweigte Wurzelgebiete ausgedehnte, anderer Art inoperable kavernöse Tumoren erfolgreich zu behandeln erlaubt.

Es wurde in obiger Arbeit die Einführung von Magnesiumpfeilen in alle Richtungen des Tumor cavernosus empfohlen, mit der Begründung, daß durch die Anwesenheit jenes metallischen, resorbierbaren Fremdkörpers im Gewebe in den bluterfüllten Maschenräumen der Neubildung Gerinnungs- und Obliterationsvorgänge auftreten, die schließlich zu einer vollkommenen Verödung derselben, i. e. einer soliden Heilung führen.

Ich habe seitdem Gelegenheit gehabt, eine, wenn auch noch kleine Reihe von kavernösen Tumoren nach dieser Methode zu behandeln.



Ohne auf die Fälle, die sämtlich völlig zufriedenstellende Erfolge ergeben haben, hier näher einzugehen — es geschieht dies an anderer Stelle —, möchte ich nur ein Wort über einige technische Verbesserungen sagen, die sich bei erweiterter Erfahrung und öfterer Übung ergeben haben.

Die aus Magnesiumblechstreifen zugeschnittenen Pfeile wurden mit einer Péan'schen Pince hémostatique in verschiedenen Richtungen in die kavernöse Geschwulst hineingesteckt.

Die früher mit dem Tenotom angelegte Öffnung wurde durch eine Knopfnaht verschlossen. Ich glaube nun, daß es zweckmäßig ist, wenn man schon vorher zugerichtete Pfeile, konischer Gestalt und auf der Drehbank mit völlig glatter Oberfläche hergestellt, in verschiedener Größe vorrätig hat. Diese Pfeile lassen

sich nämlich in äußerst bequemer Weise durch eine trokarähnliche Vorrichtung, die ich verfertigen ließ (Fig. 1), in jeden beliebigen Teil der Geschwulst verschieben; die Röhre (Fig. 2) des kleinen Apparates, der vorstehend abgebildet ist, bleibt im Gewebe stecken, und durch die hintere Öffnung wird ein Pfeil nach dem anderen (bei *a*) eingeschoben und mit dem Pistill (Fig. 3) vorgeschoben. Da die Pfeile (Fig. 4) nicht aus dünnem Blech bestehen, sondern im Querschnitte rund sind, kann der Durchmesser der Röhren ein recht geringer sein und ist die Hautverletzung so unbedeutend, daß sie wohl keiner Naht zum Verschlusse bedarf und gar nicht entstellt.

Für besonders vorteilhaft halte ich aber, daß man mit dieser kleinen Vorrichtung in der Lage ist, ganz genau zu bestimmen, wohin der Magnesiumpfeil zu liegen kommt. Beim Einschieben mit einer Arterienklemme hat sich doch öfters das dünne Blech verbogen; ich kann nach den bisherigen Erfahrungen nur sagen, daß für die baldige und vollständige Verödung des Tumors es sehr wichtig ist, daß die Pfeile möglichst gleichmäßig über alle seine Partien verteilt sind.

Durch die Stellschraube (*s* Fig. 1) kann das Pistill so fixiert werden, daß bei zur Hälfte über die vordere Mündung vorsehenden Pfeilen das Instrument wie ein Trokar, ohne vorherige Tenotomöffnung, durch die Haut durchgesteckt werden kann, wobei nun die Röhre (*t*) liegen bleibt.

Es ist zweckmäßig, die kleine Röhre[1] in 2—3 Größen, je nach Körpergegenden, Größe des Tumors und Alter des Individuums vorrätig zu haben. Dieser verschiedenen Röhrengröße sind auch die Pfeile angepaßt (1, 2, 3 Fig. 4).

Das zweckmäßigste Material für die Trokarröhren dürfte Platiniridium sein, das durch Ausglühen jedesmal absolut verläßlich keimfrei gemacht werden kann.

---

22) **A. Schanz.** Anstaltsbericht.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Seit dem ersten Berichte über die S.'sche Heilanstalt ist die Zahl der daselbst behandelten Pat. weit über 3000 gestiegen. Die Einrichtungen der Anstalt wurden wesentlich erweitert und konsolidiert. In allem wurde den Fortschritten der Orthopädie, an denen S. ja selbst vielfach teilgenommen hat, Rechnung getragen. In speziellen Kapiteln über einzelne Krankheiten hat Verf. hierüber genauer Rechenschaft gegeben. **J. Riedinger** (Würzburg).

23) **K. Wilde.** Über tabische Gelenkerkrankungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 487.)

Das wichtigste, was diese Arbeit bietet, sind 10 gut gelungene Reproduktionen von Röntgenaufnahmen neuropathischer Gelenk- bezw. Knochenerkrankungen, die in der Greifswalder Klinik (Bier) bei 3 Tabespatienten zur Beobachtung gelangt sind. W. liefert die eingehende Krankengeschichte dieser Fälle, bespricht dieselbe unter Anziehung einschlägiger Literatur (84 Nummern zählendes Verzeichnis der letzteren zum Schluß der Arbeit) und erläutert auch die Röntgenbilder, welche als sehenswert hervorgehoben werden mögen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

24) **Michel.** Zur Kasuistik der Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Verf. gibt eine Zusammenstellung der an der Tübinger chirurgischen Klinik zur Beobachtung gekommenen Fälle von Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie und bespricht an der Hand dieser Kasuistik und unter Berücksichtigung der ein-

---

[1] Anmerkung: Die Einführungsröhren hat mir Herr Brož, Graz, geliefert, die Magnesiumpfeile die Firma Rohrbeck, Wien, Kärntnerstraße 59.



schlägigen Literatur das klinische Bild dieser Erkrankungen, sowie die pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche denselben zugrunde liegen. Bei dem relativ großen Materiale, 17 Fälle mit 20 Gelenkerkrankungen, konnte Verf. eine wertvolle Ergänzung unserer bisherigen Kenntnisse über Arthropathien bei Syringomyelie geben. **Blauel** (Tübingen).

25) **R. Trzebicky.** Phlegmone und Amputation.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 38.)

Der Schwerpunkt der Indikation für die Amputation liegt im Feststellen des Augenblickes, in dem das Fortschreiten des Eiterungsprozesses trotz breiter Einschnitte das Leben des Kranken bedroht. Das Urteil darüber ist aber in erster Linie Erfahrungssache. Der Autor stellt für die Notwendigkeit der Gliedabsetzung zunächst 3 Anzeigen auf: 1) Putride Gangrän in Verbindung mit schwerer Allgemeininfektion, um der weiteren Resorption der Bakterien und ihrer Produkte vorzubeugen und die lokalen Toxine (Bauer) zu beseitigen. 2) Absolute Unmöglichkeit, dem Eiter freien Abfluß zu verschaffen, z. B. bei manchen Formen akuter Gelenkeiterung. 3) Phlegmone mit großer Quetschung der Gewebe und insbesondere mit Hemmung der arteriellen und venösen Circulation. Sein Material gruppiert sich folgendermaßen:

Von 373 schweren Phlegmonen veranlaßten 26 primäre Amputation, wurden 347 konservativ behandelt. Von den ersteren starben 5, 21 wurden geheilt, von den letzteren starben 33, 314 wurden geheilt.

Bei 11 Kranken, welche, konservativ behandelt, rein an der Eiterung zugrunde gegangen sind, war 8mal der Allgemeinzustand ein solcher, daß die Amputation ebenso schlechte Aussichten bot. 2 von diesen sind an Usurierung großer Gefäße und Blutung, 1 an Pyämie bei Kniegelenkseiterung gestorben. Hier glaubt der Autor in der Tat, daß die Amputation möglicherweise das Leben gerettet hätte. **Herm. Frank** (Berlin).

26) **N. S. Lapin.** Ein Fall von Luxation des Epistropheus.

(Verhandlungen der Gesellschaft russischer Ärzte in Moskau.)

(Beilage zur Chirurgie 1902. [Russisch.])

Ein 31jähriger Müller fällt etwa 7 m tief und stößt mit der rechten Seite der Stirn gegen eine federnde Brettdiele, streckt darauf beim Erheben auf die Knie den Hals stark nach rückwärts. Nach 3 Tagen Kopf fixiert, nach hinten und links gebeugt, Halsmuskeln besonders rechts stark kontrahiert. Dornfortsatz des Epistropheus steht hinten hervor, ist nach unten und 0,5 cm nach links verschoben. Per os: Der Rand des Körpers vom 3. Halswirbel steht hervor, über demselben eine Vertiefung. Keine Knochenkrepitation. — Eine Röntgenphotographie zeigt Luxation des Epistropheus, Diastase (nach vorn) des 3. Wirbels und außerdem eine Drehung des Atlas mit dem Kopfe von rechts nach links über der Gelenkfläche des Epistropheus um fast 45°. Die Luxation richtete sich nach 2 Tagen (5 Tage nach Entstehung) von selbst beim Treppensteigen ein.

Gückel (Kondal, Saratow).

27) **H. Maass.** Über den »angeborenen« Schiefhals.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. erstattet einen ergänzenden Bericht über 40 schon von Friedberg besprochene Fälle aus der Neumann'schen Kinderpoliklinik in Berlin. In vereinzelten Fällen möchte Verf. hinsichtlich der Ätiologie eine infektiöse Myositis im Sinne von v. Mikulicz und Kader zugeben. Für die meisten Fälle liegt ihm aber die Annahme einer in der Geburt erfolgten traumatischen Muskelnekrose mit sekundärem Ersatze durch narbiges Bindegewebe wie bei der ischämischen Muskelnekrose näher. Die intra-uterine Entstehung des Leidens ist nach M. verhältnismäßig selten.

Von den operativen Methoden der Behandlung bevorzugt M. die v. Mikulicz-sche Operation, welche am besten schon im ersten Lebensjahre ausgeführt wird und vorzügliche Resultate gibt. **J. Riedinger** (Würzburg).

28) **George Elliot.** A contribution to the treatment of spasmodic wry-neck.

(New York med. journ. 1902. Oktober.)

Verf. demonstriert an einem charakteristischen Falle eines Schiefhalses auf neurogener Basis, bei dem durch Jahre hindurch alle möglichen Behandlungsmethoden angewendet wurden, die Vorteile seiner Schienenbehandlung; nach seiner Ansicht ist auch operatives Vorgehen zwecklos. Der Apparat besteht aus einem Kinnstück nach Taylor, das hinten seine Stütze findet in einer an einem Korset befestigten Stange; in ihrem oberen Teile ist die Stange ersetzt durch eine Sprungfeder; zwischen ihr und dem festen Teile sind zwei archimedische Schrauben eingesetzt, durch deren Verstellung Flexion und Extension, sowie insbesondere Rotation ermöglicht werden. Durch diesen einfachen Apparat wurde die Pat., welche im letzten Halbjahr den linksgeneigten Kopf mit der Hand zu unterstützen gezwungen war, völlig geheilt. 4 Bilder veranschaulichen die Tragweise des Apparates.

Scheuer (Berlin).

29) **L. Kedzior.** Zur chronischen ankylosierenden Wirbelentzündung.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 5—7.)

Der Autor vermehrt die Kasuistik der in das Gebiet der »ankylosierenden Wirbelentzündung« (Typus P. Marie-Strümpell) und der »Steifheit der Wirbelsäule mit Neuralgien« (Typus Bechterew) gehörigen Fälle um 8 Beobachtungen. Die Hauptveränderungen fanden sich dabei im Halsteile der Wirbelsäule, doch zeigen einige Fälle auch die Schulter- und Sternoclaviculargelenke ergriffen; die Hüftgelenke waren meist frei. Deutliche knöcherne Vorwölbungen im Halsteile der Wirbelsäule in einzelnen Fällen deuten auf Ossifikationen, eine scharfe Scheidung zwischen einfach »rheumatischen« und deformativen Vorgängen läßt sich aber nicht durchführen; in einem Falle war auch der Übergang deutlich. Ein Fall bot den Typus der »Spondylose rhizomélique«, ein anderer entspricht dem der »traumatischen Wirbelentzündung«. **Herm. Frank** (Berlin).

30) **E. Schmidt.** Zur Kenntnis der Skoliose bei Tieren.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Auf Veranlassung von Vulpius beschreibt Verf. ein skoliotisch verbogenes Ganskelett und reiht den Fall in die spärliche Kasuistik der nichtexperimentellen Tierskoliosen ein. **J. Riedinger** (Würzburg).

31) **H. Maass.** Ein Fall von angeborener Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Der Fall betrifft ein 3 Monate altes Mädchen mit linkskonvexer, auch im Röntgenbild zu erkennender Totalskoliose. Bei dem Fehlen aller sonstigen ätiologischen Momente ist derselbe der Gruppe der intra-uterinen Belastungsdeformitäten zuzuzählen. **J. Riedinger** (Würzburg).

32) **A. Sutter.** Über Unterschiede in der Form der Skoliosen bei männlichen und weiblichen Individuen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Das Material, über welches Verf. berichtet, ist das des Lüning-Schulthessschen orthopädischen Institutes in Zürich. Schulthess hat darüber bereits eine Gesamtstatistik veröffentlicht, an welche sich die vorliegende Arbeit anschließt. Dieselbe erteilt Aufschluß über die Besonderheiten, welche die männlichen Fälle gegenüber den weiblichen Fällen und gegenüber der Gesamtstatistik aufweisen hinsichtlich der Häufigkeit, des Alters der Pat., der Richtung der Deviation, der Gegenkrümmungen, der Art der Verkrümmung, der Lage der Krümmungsscheitel, der Höhe der Deviation und des »Überhängens« der Skoliosen.

J. Riedinger (Würzburg).

33) **S. Loebel. Plattfuß und Skoliose.**

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Die Frage über das Zusammentreffen von Plattfuß und Skoliose ist noch nicht entschieden. Die vorliegende Arbeit trägt zu ihrer Lösung bei. L. berichtet über 124 Fälle von Skoliose und rundem Rücken, welche Schulthess ohne Auslese auf das Vorhandensein von Plattfuß untersucht hat. Das Material teilt sich in 4 statistisch verarbeitete Gruppen (normale Füße, doppelseitige Plattfüße, einseitige Plattfüße, Neigung und Anlage zu Plattfuß). Der Form nach werden unterschieden: Pes valgus, Pes plano-valgus und Pes planus. Als Hauptergebnis der Arbeit ist hervorzuheben, daß Plattfuß und Skoliose in der Tat sehr häufig nebeneinander vorkommen, da in 71,1% der Skoliosenfälle ausgesprochener Plattfuß und in 7,8% Anlage zu demselben nachzuweisen war. Der Plattfuß ist aber in der Regel nur als Begleiterscheinung, nicht als ätiologisches Moment aufzufassen.

J. Riedinger (Würzburg).

34) **F. Magnus. Ein Fall von multiplen kongenitalen Kontrakturen mit Muskeldefekten.**

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Bei einem 15 Jahre alten Knaben, der in das Krüppelheim der Königin Carola-Stiftung in Dresden aufgenommen ist, sind angeborene Kontrakturen an fast allen Extremitätengelenken nachzuweisen. Wahrscheinlich sind dieselben Folge intra-uteriner Raumbeschränkung. Um dem Pat. Gehen und Stehen zu ermöglichen, wurde in der Schanz'schen Heilanstalt in Dresden die Korrektur der Hüft-, Knie- und Fußkontrakturen mit gutem Erfolge vorgenommen. Behufs Streckung der Kniekontrakturen mußte die Resektion der Kniegelenke vorgenommen werden. Die Muskeln waren teils atrophisch, teils fehlten sie ganz.

J. Riedinger (Würzburg).

35) **H. Mohr. Zur Kasuistik des beiderseitigen angeborenen Schulterblatthochstandes.**

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. konstatierte das Leiden bei einer 22 Jahre alte Arbeiterin und beschreibt ausführlich die Symptomatologie unter Benutzung der bisher vorliegenden spärlichen Literatur des beiderseitigen angeborenen Hochstandes des Schulterblattes.

J. Riedinger (Würzburg).

36) **A. Stieda. Zur Kasuistik der isolierten subkutanen Rupturen des Musculus biceps brachii und über einen Fall von Sartoriusriß.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 528.)

S. publiziert mehrere von ihm in der Königsberger Poliklinik gemachte Beobachtungen, von denen die ersten 4 Risse des Biceps betreffen. Die Fälle, von deren einem auch ein charakteristisches Photogramm beigefügt ist, sind in den Details ihres symptomatischen Bildes gründlich aufgenommen, worüber des näheren das Original zu vergleichen, zeigen übrigens unter sich manches Verschiedenartiges hinsichts Ätiologie sowie Sitz des subkutanen Risses. Gewöhnlich handelt es sich um Überdehnung des überlasteten oder überangestrengten Muskels, doch entsteht die Verletzung auch einfach gelegentlich eines Körperfalles. (Ref. sah die Verletzung einmal durch Kegelschieben veranlaßt.) Die Diagnose scheint den praktischen Ärzten nicht ganz geläufig zu sein; so betraf Fall 2 S.'s einen bereits vor 7 Jahren verletzten Mann, dessen Leiden gutachtlich als Muskelentzündung interpretiert war. Auch als Muskelhernie werden diese Fälle gelegentlich irrtümlich angesprochen. Funktionell hat der Bicepsriß eine Kraftherabsetzung der Ellbogenflexion, sonst aber keine Störung zur Folge, so daß die Invalidität solcher Verletzter auf 10—20% anzusetzen ist. Der 3. Fall S.'s zeichnet sich durch Lokalisation der Ruptur am unteren Sehnenende (Lacertus fibrosus) aus;

der gewöhnliche Verletzungssitz ist im 2. oberen Viertel des Muskels, und zwar in dessen lateralem (langem) Kopfe am Übergange von Sehne in Muskel.

Hinzugefügt werden dann noch zwei Beobachtungen, je einen Riß des Sartorius bezw. des Rectus femoris betreffend, Verletzungen, die, ungleich seltener als die Bicepsrisse, diesen symptomatisch doch in allen wesentlichen Befunden — der Delle im Muskelvolumen, dem wulstigen, bei Muskelaktion sich bewegenden Muskelstumpfe etc. — völlig gleichen. Wesentliche Funktionsstörungen fehlten auch hier. Die einschlägige Literatur ist bei den Erörterungen herangezogen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) **J. Hrach.** Knochennaht des Hakenfortsatzes (Olecranon).

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 1.)

Bei einer frischen Säbelhiebverletzung des Olecranon mit breiter Eröffnung des hinteren Teiles des Ellbogengelenkes bei einem Infanteristen ist es dem Autor gelungen, durch Silberdrahtnaht des Knochens anstandslose Heilung zu erzielen. Nach 5 Wochen Beugung und Streckung des Vorderarmes um 90°. Gründliche Reinigung des Gelenkes und Entfernung sämtlicher Gerinnsel hält er für die Hauptsache zur Erzielung guten Erfolges. **Herm. Frank** (Berlin).

38) **J. A. Romanin.** Ein Fall von gleichzeitiger Ligatur der Aa. iliaca externa und femoralis und der Vena femoralis.

(Chirurgie 1902. November. [Russisch.])

Ein 26 Jahre alter Schuster stach sich mit einem Messer in den rechten Oberschenkel. Die Wunde wurde genäht, worauf die Blutung stand und sich ein Aneurysma spurium (traumaticum) entwickelte. Erst nach 7 Tagen, als schon Eiter eintrat, bewilligte Pat. die Unterbindung der Gefäße. Vorläufige Ligatur der A. iliaca ext. Die A. femoralis war halb durchschnitten gleich nach dem Abgange der A. profunda femoris; die V. femoralis zeigte eine Wunde, die $^3/_4$ ihres Umfanges durchtrennte, gleich über der Einmündung der V. saphena magna. Unterbindung der A. profunda femoris, der A. femoralis und der V. femoralis (letztere beide doppelt). Es entwickelte sich Gangrän des Fußes und Unterschenkels bis zum unteren Rande der Patella, infolge deren nach 4 Wochen der Oberschenkel amputiert wurde. Heilung. — Da der Oberschenkel nicht gangräneszierte, sieht R. die Ursache der Gangrän in der Ligatur der Arterie, nicht der Vene. **Gückel** (Kondal, Saratow).

39) **M. A. Chworostanski.** Ligatur der A. und V. femoralis bei Ausschälung eines großen Lipoms des Oberschenkels.

(Chirurgie 1902. November. [Russisch.])

Pat., 53 Jahre alt, hat an seinem linken Oberschenkel vorn oben seit 8 Jahren ein 35×22 cm großes Lipom. Dasselbe saß zwischen den Muskeln; die Haut über der Geschwulst war von einem dichten Venennetz durchzogen. Bei der Ausschälung drang man bis zu den großen Gefäßen und fand dabei einen Zweig der A. femoralis, etwa 10 cm vom Lig. Pouparti, dicht am Stamme der Arterie abgerissen. C. unterband den Stamm, verletzte aber bei der Lösung desselben von der V. femoralis letztere, und mußte auch sie unterbinden. Darauf etwa 2 Wochen lang starke Schmerzen; erhöhte Lage, Massage, Einwicklung der Extremität werden nicht ertragen. Die Zehen zeigen volle Anästhesie und Analgesie. Nach und nach schwanden die Schmerzen; Pat. kann gehen. Nach einem halben Jahre arbeitete er im Felde; das Gefühl in den Zehen soll wiedergekehrt sein. Das Lipom wog fast 9 kg. **Gückel** (Kondal, Saratow).

40) **E. Müller** (Stuttgart). Anatomische Vorgänge bei der Heilung der angeborenen Hüftluxation durch unblutige Reposition. Meine Resultate dieser Behandlung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. hatte bei einem 2jährigen Mädchen mit angeborener linksseitiger Hüftverrenkung die unblutige Reposition vorgenommen und war nach 2 Jahren in der

Lage, die anatomische Untersuchung vornehmen zu können. Er fand normale Verhältnisse.

Ein 2. Präparat, das beschrieben wird, stammt von einem 2½jährigen Mädchen mit doppelseitiger Verrenkung. 46 Tage nach der Einrenkung der rechten Hüfte starb das Kind an Pneumonie. Beide Hüftgelenke wurden isoliert untersucht und miteinander verglichen. Hervorzuheben aus dem anatomischen Befunde der reponierten Seite ist besonders die Schrumpfung der Gelenkkapsel und die Umgestaltung des Pfannenbodens. Das Lig. teres war vorhanden, aber fadenförmig.

Im Anschlusse an die Beschreibung dieser interessanten Präparate berichtet Verf. über seine Resultate der unblutigen Behandlung. Er hat 40 einseitige Verrenkungen bis zum 8. Lebensjahre zu Ende behandelt und 28 vollständige Heilungen = 70% erzielt. Der Verband wurde stets bei starker Abduktion, Außenrotation und gestrecktem Knie bis zu den Knöcheln herunter angelegt. Unter 21 Fällen doppelseitiger Verrenkung wurden 5 vollständige Heilungen erzielt. Bei letzterer geht Verf. nicht mehr über das 5. Lebensjahr hinaus und reponiert nicht mehr in einer Sitzung. **J. Riedinger** (Würzburg).

41) **M. Savariaud.** Un cas de desarticulation inter-ilio-abdominelle. Procédé à lambeau interne.

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 9.)

Veranlassung zur Arbeit gab dem Verf. ein sanduhrförmiges Sarkom, welches vom For. ischiad. maj. zur Hälfte nach innen, zur Hälfte in die Hinterbackenmuskulatur entwickelt war, und welches er durch »Desarticulation inter-ilio-abdominale — wie er mit Jaboulay den Eingriff bezeichnet — beseitigen wollte. Leider verstarb die Operierte — ein 7jähriges Kind — wenige Stunden nach der Operation, ohne daß eine ausreichende Erklärung hierfür gegeben werden könnte.

Die Operation ist bisher etwa 12mal — von Jaboulay, Girard, Bardenheuer, Salistscheff, Cacciopoli, Nanu und Verf. — ausgeführt worden, mit fast jedesmal veränderter Technik und Schnittführung.

Fast allen gemeinsam ist die präventive Blutstillung, wobei sich einige auf die Ligatur der Art. und Ven. il. ext. beschränken (Girard), andere Artt. il. ext. und int., bezw. il. commun. vorbereitend unterbanden; Nanu der das Letzte tat, hat Gangrän des Lappens danach folgen sehen.

Die größten Verschiedenheiten weist die Schnittführung auf. Es bediente sich Jaboulay eines großen, manschettenähnlichen, hinteren Lappens — die Glutaeen waren nicht von der Geschwulst ergriffen; Girard schnitt einen verhältnismäßig kleinen inneren und hinteren Lappen aus, Bardenheuer einen großen äußeren und kleineren inneren. Salistscheff formt einen komplizierten Lappen »en raquette«, während Verf. sich genötigt sah, einen inneren großen Lappen zu bilden.

In den weiteren Maßnahmen nähern sich wiederum die einzelnen Autoren; meist durchtrennen sie nicht in der Symphyse, sondern erhalten den Rectusansatz; das Bauchfell wird zurückgeschoben, die Muskelansätze werden durchtrennt. War der Oberschenkel nicht schon früher exartikuliert — sei es bei einer ersten Operation oder als vorbereitender Akt nach Bardenheuer — so dient er weiterhin als kräftiger Hebel zur Verrenkung des Ileum. Salistscheff näht jetzt den Ileopsoas und die Glutaeen an die Bauchmuskulatur zwecks Verhütung der Eventration, die sich übrigens bei den Überlebenden der anderen Operateure auch nicht eingestellt hat.

Leider sind die Erfolge des schweren Eingriffes — 13 Publikationen mit 9 Todesfällen — noch ungünstig, was sich aus der Ausdehnung desselben und dem meist schlechten Zustande der Kranken erklärt.

Mit ihm konkurrieren die Exart. coxae mit einer Sterblichkeit von nur 30% gegen 70% des vorigen — die jedoch bei Beckensarkomen nicht in Frage kommt — und die von Kocher und Roux mit bestem, auch orthopädischem Erfolge ausgeführte Resektion des Hüftbeines, die wohl auch im Falle des Verf. das geeignete Verfahren gewesen wäre, wenn nicht irrtümlicherweise der Ursprung der

Geschwulst ins Ileum verlegt und der Ischiadicus als in derselben aufgegangen angenommen worden wäre. **Christel** (Metz).

42) **S. J. Spassokukozki.** Die eitrige Gonitis bei Verwundungen und ihre chirurgische Behandlung.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Nach S. muß der Arzt Heilung mit Wiederherstellung der Beweglichkeit anstreben; Resektion und große Schnitte — wie sie u. a. König empfiehlt — führen aber stets zu Ankylose. Daher muß die Behandlung möglichst konservativ sein; wird die Inzision unerläßlich, so genügen meist 4 kleine Schnitte (zu beiden Seiten der Kniescheibe und des oberen Recessus). Die konservative Behandlung findet ihre Berechtigung in der bedeutenden Widerstandskraft des Gelenkes gegenüber der Infektion. Bei Wunden des Gelenkes verordnet S. zuerst Ruhe (Lagerung der Extremität in einer Schiene), Reinigung des Knies, Bepinselung der Wunde mit Jodtinktur. Sind Symptome von Eiterung vorhanden, so führt man ein Drainrohr in die Wunde ein; fällt die Temperatur nicht und wird die Zunge trocken (Sepsis), so macht man 4 kleine Inzisionen, und nur in den schlimmsten Fällen wird das Gelenk breit eröffnet. Zu achten ist besonders auf paraartikuläre Abszesse hinter dem Knie (Probepunktionen). Sowie die Temperatur abfällt, beginnt man mit passiven Bewegungen.

Verf. behandelte nach diesen Grundsätzen 24 Fälle von Verletzung des Knies, meist durch Axthiebe. 12mal wurde konservativ behandelt und in allen Fällen ein gutes funktionelles Resultat erzielt. Von 12 Operierten starben 2, einer infolge zu später Eröffnung eines Abszesses hinter dem Gelenke, ein zweiter 80jähriger Pat. nach Heilung mit beweglichem Knie an Altersschwäche. Von den 11 operierten und geheilten Pat. hatten 7 ein bewegliches Gelenk behalten. 4 Ankylosen entstanden 2mal nach breiten Inzisionen, 2mal infolge schwerer Infektion. 2 Fälle heilten spontan nach 3 Monate resp. 3 Wochen dauernder Eiterung mit beweglichem Knie. 3mal genügte ruhige Lage der Extremität zur Heilung, also auch Spontanheilung. Spülung bei Drainage wurde nur einmal angewendet. Die passiven Bewegungen riefen nie unangenehme Folgen hervor.

Gückel (Kondal, Saratow).

43) **P. Tichow.** Zur Frage vom Lipoma arborescens des Kniegelenkes.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Die Krankheit besteht bei der 27 Jahre alten Pat. im linken Kniegelenke seit 15 Jahren. Das Gelenk mißt 42 cm im Umfange (das andere 33). Zu beiden Seiten der Kniescheibe höckerige Massen bis zu Walnußgröße, schmerzlos, mit Pseudofluktuation. Diagnose: Lipoma arborescens. Eröffnung des Gelenkes nach Textor. Zahllose Zotten, bis über Walnußgröße, an den Stellen, wo bei den Bewegungen des Knies seltener Einklemmung der Massen erfolgt. Im oberen Recessus sind diese Zotten spärlich ausgebildet, dafür ist die Synovialis von zahllosen Tuberkeln besät, die auch an der Oberfläche der Zotten überall vorhanden sind. Entfernung der ganzen Synovialis; der Prozeß überschreitet dieselbe nicht. Heilung mit beschränkter Beweglichkeit. Unter dem Mikroskop zeigen die Zotten typischen Bau. Die Tuberkel zeigen keinen Zerfall. Bei dieser Form der Tuberkulose herrschen also hyperplastische Prozesse vor, und muß sie daher zu den gutartigen gezählt werden, trotz langem Bestande.

Gückel (Kondal, Saratow).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

# Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 9. **Sonnabend, den 28. Februar.** **1903.**

Zur Vereinfachung der Naht bei Anwendung des Murphyknopfes.

(Herr cand. med. Fritz Rehm, Zentralblatt für Chirurgie 1902 Nr. 48 und Herr Prof. v. Hacker 1903 Nr. 1.)

Von

Prof. Dr. Sprengel in Braunschweig.

v. Hacker hat zweifellos Recht, wenn er annimmt, daß das von Rehm veröffentlichte Verfahren bereits von verschiedenen Chirurgen angewandt sein dürfte. Es ist aber — und das hervorzuheben ist der Zweck dieser kurzen Notiz — nicht bloß vor Rehm, sondern auch schon vor v. Hacker, der ihm nach eigener Angabe in der Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 28 die erste kurze Bemerkung widmete, veröffentlicht worden.

In der vortrefflichen Arbeit von Carle und Fantino, v. Langenbeck's Archiv Bd. LVI p. 1 aus dem Jahr 1898, »Beitrag zur Pathologie und Therapie des Magens«, findet sich p. 55 folgender Passus:

»Eine kleine von uns eingeführte Änderung verdient angeführt zu werden. Während Murphy die Darmnaht schlingenförmig einrichtet, dann zwischen deren beiden Zweigen einschneidet und nun die beiden Enden des Fadens zusammenzieht, so daß dadurch um den zentralen Zweig eine Naht wie bei einem Tabaksbeutel entsteht, machen wir einen Einschnitt, der nicht über $^2/_3$ des Durchmessers des Knopfes beträgt, so daß dieser mit Gewalt eindringt, und an den beiden Enden dieses Spaltes machen wir auf jeder Seite 1 bis 2 Nähte, so daß die Ränder notwendig an der Basis des zentralen Zweiges festliegend gehalten werden. Wenn man wirklich die Vorsicht gebraucht, den Einschnitt sehr eng zu machen, so werden seine Enden zwischen den Rändern der beiden Hälften zusammengedrückt bleiben, und es wird keine Gefahr vorhanden sein, daß der Magen- und Darminhalt austreten könne. Dieses Verfahren hat vor dem Murphy's den Vorteil, daß es keine Schrumpfung hervorruft, wie sie notwendigerweise bei der tabaksbeutelartigen Naht eintreten muß, und daher eine vollkommene Vereinigung der serösen Häute erlaubt etc.«

Trotz mehrerer sprachlich inkorrekter Ausdrücke erscheint es mir klar, daß das Prinzip der von Carle und Fantino beschriebenen Methode das gleiche ist, wie in dem Verfahren von v. Hacker-Rehm.

Seit der Lektüre der erwähnten Arbeit der italienischen Autoren habe ich die von ihnen empfohlene Methode bei der Gastroenterostomie regelmäßig angewandt, und zwar genau in der von ihnen gegebenen Vorschrift. Gegen die Modifikation von Rehm, welcher

den Hals des Knopfes in den einen Wundwinkel drängt und die Nähte — mit einer Naht kommt man nicht aus, weil der Schlitz weit genug angelegt werden muß, um den Körper des Murphyknopfes hindurch zu zwängen — einseitig anlegt, habe ich das Bedenken, daß die fertige Nahtlinie schließlich den Knopf seitwärts überragt, während bei der Verengung des Schlitzes von beiden Seiten her und Hinzufügung einer Serosaschutznaht diese Gefahr nicht besteht.

Die Sicherheit der seitlichen Nähte gewinnt, wenn man nach dem auch sonst bei der Darmnaht wichtigen Grundsatz die Nadel schräg durchführt, die Serosa in größerer Fläche als die Mucosa fassend.

Zur Vereinigung des völlig durchtrennten Darmes habe ich die besprochene Modifikation nicht angewandt; ich gebe der Tabaksbeutelnaht den Vorzug, habe freilich nur noch bei der seitlichen Einnähung des Dünndarmes in den Dickdarm Gelegenheit, sie zu benutzen; im übrigen bin ich auch für den Dünndarm zur circulären Darmnaht zurückgekehrt. Für den Dickdarm habe ich sie nie verlassen.

Ich halte die besprochene Modifikation für so zuverlässig und einfach, daß ich sie dringend empfehlen möchte.

Zusatz der Redaktion.

Auch eine nach Eingang vorstehenden Aufsatzes zugegangene Notiz von Herrn Prof. Arthur E. Barker in London rühmt das von Carle und Fantino zuerst angegebene Verfahren, das er seit dessen Publikation im Archiv für klin. Chirurgie übt.

Richter.

---

1) R. Olshausen. Über Impfmetasen und Spätrezidive nach Karzinomoperationen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 2.)

O., welcher bereits früher an seinem großen Material nachweisen konnte, daß wenigstens für Uterus und Ovarium die drei- resp. fünfjährige Rezidivfreiheit keine Gewähr für die Heilung des Karzinoms gibt, bringt wiederum interessante Belegfälle für diese Tatsache. Dem in der Vereinigung Berliner Chirurgen demonstrierten monströsen Fall von Bauchdeckenimpfrezidiv, welches 21 Jahre nach der Primäroperation in der Bauchnarbe manifest geworden war, vermag O. fünf weitere Narbenrezidive in den Bauchdecken anzureihen. Alle fünf waren histologisch gleichartig mit der Primärgeschwulst, vier bösartig, einer gutartig (nach Kystoma ovarii); und zwar waren die bösartigen Rezidive nach 2 resp. 3, $5^1/_4$, $7^1/_2$ und 19 Jahren, die gutartige Geschwulst nach 17 Jahren entstanden. Analoge Erfahrungen der Chirurgen und pathologischen Anatomen werden mitgeteilt.

Die von O. offengelassene Frage, ob gutartige Geschwülste bösartige Metastasen resp. Rezidive setzen können, hat Pfannenstiel in derselben Zeitschrift (Bd. XXVIII Hft. 2) bereits positiv entschieden.

Im Anschluß an die obigen Fälle berichtet O. noch über zwei Rezidive in Scheiden-Dammschnitten, welche bei der vaginalen Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus angelegt worden waren, sowie über drei Spätrezidive nach der Entfernung von Uterus bezw. Ovarialkrebs; letztere traten teils lokal, teils metastatisch nach $4^1/_2$ bezw. 7 und 12 Jahren auf. In einer von ihm verfolgten Serie von Uteruskarzinomkranken sank die Zahl der Rezidivfreien vom 3.—5. Jahre von 62,6% auf 38,85%. — Daraus ergeben sich für den Verf. die Schlußfolgerungen: Das Karzinom ist überimpfbar. Doch können Impfrezidive wie überhaupt lokale und metastatische Rezidive infolge irgend welcher Hemmungen jahrelang latent bleiben. Gegen die Annahme einer neuen Primärgeschwulst spricht die histologische Gleichartigkeit beider Bildungen und die Lieblingslokalisation der Rezidive in dem Narbengebiet der ersten Operation. Der Begriff der Heilbarkeit des Krebses muß nach diesen Erfahrungen mit Vorsicht begrenzt, jedenfalls darf er nicht mit der fünfjährigen Rezidivfreiheit identifiziert werden. **Kroemer** (Gießen).

---

2) **H. A. Hare.** The entrance of air into the veins.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. November.)

H. wendet sich gegen die Untersuchungsmethode und Schlußfolgerungen Goodridge's, welcher Senn's und seine, H.'s eigene Beobachtung, daß kleine Luftembolien bei niederen Tieren und auch vom Menschen oft gut vertragen würden, für eine gefährliche Lehre erklärt hatte. Goodridge's Ergebnisse bestätigten nur die früheren, litten aber außerdem an schwerwiegenden Fehlern. Die großen Luftmengen, welche Goodridge in wenigen Augenblicken unter Druck in die Venen von Hunden einführte, können unmöglich einen Schluß auf die Vorgänge bei einer Luftembolie beim Menschen erlauben, bei welcher nur kleine Mengen allmählich angesaugt werden und doch oft tödlich wirken. Auch ist zu bedenken, daß schon bei verschiedenen Säugetieren die Widerstandskraft gegen Luftembolie außerordentlich verschieden ist. **Bender** (Leipzig).

---

3) **J. Marshall.** The gas evolved in the decomposition of hydrogen dioxide by pus.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin Vol. XV. Nr. 10.)

Verf. weist durch ausführlich mitgeteilte chemische Experimente nach, daß das Gas, welches sich bei der Berührung einer Wasserstoffsuperoxydlösung mit Blut und Eiter entwickelt, reiner Sauerstoff ist; der Stoff im Blute, welcher eine derartige Zersetzung bewirkt, ist Globulin. Eine koagulierende Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds auf Eiter und defibriniertes Pferdeblut kommt nicht zustande. Ebenso

wenig konnte durch Experimente mit verschiedenen Bakterienarten die Ansicht bestätigt werden, daß das Wasserstoffsuperoxyd eine baktericide Wirkung in der Weise ausübe, daß es durch Eindringen in die Bakterien dieselben direkt zersetze und zerstöre.

Mohr (Bielefeld).

---

4) **P. Asch.** Über die Ausscheidung der in die arterielle Blutbahn injizierten Bakterien durch die Nieren.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XIII. Hft. 12.)

In ganz gleicher Weise wie in einer früheren Arbeit (Zentralblatt für Chirurgie 1902 p. 996) hat Verf. Versuche gemacht über die Ausscheidung von Bakterium coli und Bakterium lactis aërogenes aus der Blutbahn. Die Resultate, die er erhielt, waren ganz ähnliche wie in der früheren Mitteilung und die Schlußfolgerungen sind genau die gleichen.

Fr. Brunner (Zürich).

---

5) **G. Perez.** Die Influenza in chirurgischer Beziehung. (Experimenteller Beitrag zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der Influenza). Zweite Mitteilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIII. p. 460—502; Bd. LXIV. p. 1—47 Bd. LXVI. p. 1—88.)

Die Artikel bilden die Fortsetzung der ersten unter gleichem Titel von P. im Bd. LIX derselben Zeitschrift veröffentlichten Mitteilung, auf deren Referat in unserem Blatte p. 710 Jahrgang 1901 wir hiermit verweisen. In größter Ausführlichkeit geht P. jetzt im speziellen auf die grippalen Erkrankungen aller einzelnen Körperteile ein, wobei er die massenhafte einschlägige Literatur gewissenhaft herbeiholt und mit ihren Ergebnissen seine eigenen, bereits in unserem ersten Referate besprochenen Tierexperimente vergleicht. Es resultiert hieraus eine überaus fleißige und gewiß in allgemein-pathologischer, bakteriologischer, klinisch-medizinischer Beziehung vollständige Arbeit, der aber, was wir schon bei der ersten Mitteilung P.'s bemerkten, ein speziell chirurgisches, zumal praktisch-chirurgisches Interesse abgeht. In Chirurgenkreisen wird sie nur wenig Leser finden, die ausdauernd genug sind, sie bis zu Ende genau durchzunehmen, und wird hier auch auf eine eingehende Besprechung verzichtet. Hingewiesen sei noch auf 37 mikroskopische Bilder, Organe von Kaninchen darstellend, welche an Infektion mit Influenzabazillen eingegangen waren, sowie auf das 520(!) Nummern zählende Literaturverzeichnis am Schluß der Arbeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

6) **Locke.** A report of the blood examination in ten cases of severe burns.

(Boston med. and surg. journ. 1902. November.)

Nach einer historischen Einleitung über die früher festgestellten Veränderungen des Blutes bei Verbrennungen folgt kurze Aufzählung

der Fälle. Bei 4 war die Verbrennung räumlich beschränkt, Genesung; bei den 6 anderen ausgedehnter und teilweise intensiver; alle starben. Das Blut wurde aus den nicht betroffenen Körperteilen gewonnen; es floß träge, zähe, war sehr dunkel gefärbt, breitete sich nur schwer aus. Hämoglobinbestimmungen wurden nicht gemacht, nur Zählungen der Blutkörperchen an ungefärbten und gefärbten Präparaten, und zwar alle mit dem Thoma-Zeiss'schen Zählapparat. Nur bei den Fällen schwerster Verbrennung fand sich Zertrümmerung roter Blutkörperchen.

Die Ergebnisse faßt L. folgendermaßen zusammen: 1) Das Blut ist zähflüssig, von besonders dunkelpurpurroter Farbe. 2) Eine Steigung der Zahl der roten Blutkörperchen findet unmittelbar nach der Verbrennung statt, bei nicht tödlichen Fällen um 1—2, bei tödlichen um 2—4 Millionen auf den Kubikcentimeter. 3) Ständig ist die Zahl der Leukocyten gesteigert, bei leichteren Fällen um 30 bis 40000, bei tödlichen um über 50000 auf den Kubikcentimeter. 4) Die Formveränderungen der roten Blutkörperchen sind gering. 5) Die Zahl der neutrophilen Körperchen ist etwas gesteigert, aber nicht so stark wie bei gewöhnlicher Entzündung. 6) Bei schweren Fällen tritt starke Zerstörung der Leukocyten ein. 7) Bei schweren Verbrennungen treten Knochenmarkslymphkörperchen auf. 8) Die Zahl der Blutkörperchen ist in der Regel vermehrt.

Trapp (Bückeburg).

---

7) **W. Ercklentz.** Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Leistungen der Kochsalzinfusion.

(Breslauer Habilitationsschrift, Berlin, 1902.)

Daß durch Infusion von Kochsalzlösung eine starke Diurese und eine erhebliche Mehrausscheidung stickstoffhaltiger Substanzen auftritt, haben übereinstimmend die Untersuchungen an Menschen und Tieren ergeben. E. trat nun der Lösung der Frage näher, ob es möglich sei, den kranken Organismus zu entgifen und ihn dadurch vor dem Untergange zu retten. Zu dem Zwecke stellte er Versuche an bei Vergiftungen mit Anilin, Strychnin, Arsenik, Ricin, Kantharidin, indem er den Versuchskaninchen 0,7 und 0,9%ige Kochsalzlösung in eine Cruralvene injizierte. Ein schädigender Einfluß der Injektionen war nur dann festzustellen, wenn während der Infusion keine oder nur geringe Harnabsonderung eintrat. Stellte sich die Harnabsonderung später noch ein, so erholten sich die Tiere; trat sie infolge der zu sehr geschädigten Nierenfunktion nicht ein, so gingen die Tiere zugrunde. Auch dann konnte die Sektion niemals Schädigungen aufdecken, die auf die Infusion zu schieben wären. Gute Resultate erzielte E. bei der Anilinvergiftung; hier ist ebenso wie bei der Vergiftung mit Kali chloricum mit Sicherheit ein günstiger Einfluß der Infusionen auf die Nieren zu konstatieren.

Keine Wirkung erzielte Verf. bei Strychninvergiftung, weil diese offenbar zu schnell wirkt. Es steht dies im Gegensatz zu den An-

gaben von Sanquirino und Chasserant. Auch bei Tieren, die mit Arsenik vergiftet waren, erzielten die Infusionen keinen nennenswerten Erfolg. Bei Vergiftungen mit Ricin und Kantharidin waren die Infusionen trotz des Eintretens reichlicher Harnabsonderung erfolglos, ebenso erfolglos bei Infektionen mit Aufschwemmungen von Staphylokokkus pyog. aureus.

Weitere Versuche mit chlorsaurem Natron beweisen, daß die Diurese durch die Infusionen gesteigert wird, und daß das Gift schneller ausgeschieden wird. Eine 0,6%ige Kochsalzlösung ist dazu geeigneter als eine 0,9%ige, die eigentlich als physiologische Lösung angesehen werden muß. Von großer Bedeutung für die Möglichkeit der Auswaschung von Giftstoffen aus dem Körper ist die Affinität der betreffenden Gifte zu bestimmten Molekulargruppen der lebenden Substanz. Wird ein Gift von bestimmten Körperzellen schwer oder nicht abgegeben, so bringt die größte Diurese keinen Nutzen. Nächstdem ist das Verhalten der Nieren von Wichtigkeit, ob diese funktionstüchtig bleiben oder nicht. Auch das ist bei den verschiedenen Giften verschieden.

Aus den klinischen Beobachtungen der Behandlung urämischer Zustände mit Kochsalzinfusionen sei erwähnt, daß in Übereinstimmung mit Beobachtungen von Sahli auch bei Kranken mit Ödemen eine günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens und des Pulses zu konstatieren war. Recht gute Resultate berichtet Verf. von der Behandlung schwerer anämischer Zustände.

E. erwartet von der systematischen, nötigenfalls kontinuierlichen Anwendung der Kochsalzinfusionen bei Infektions- und Intoxikationszuständen jeder Art großen Nutzen. **E. Moser** (Zittau).

---

8) **A. C. Barnes** and **H. Hille.** A new substitute for silver nitrate.

(New York med. record 1902. Mai 24.)

B. und H. haben ein neues Silberpräparat hergestellt, welches aus Gliadin, einem der Proteide des Weizens, gewonnen wird und sich als ein »Vitellin« charakterisiert. Das dunkelbraune Pulver soll in hervorragendem Maße alle Forderungen erfüllen, welche therapeutisch an ein solches Mittel gestellt werden können. Es enthält 30% Silber, ist in Wasser über 50% löslich, fällt weder Eiweiß noch Chloride, reizt nicht und dringt in tiefere Gewebsschichten ein. Das Mittel wurde in ausgedehntem Maßstabe in 1—5%iger Lösung bei Gonorrhoe, in 1%iger bei Cystitis mit gutem Erfolge gebraucht. Auch in der Augenheilkunde soll es versucht werden.

Loewenhardt (Breslau).

---

9) L. Grünfeld. Über Silberkatgut.

(Zentralblatt für die gesamte Therapie 1902. Hft. 10.)

Das Problem der Katgutsterilisation sucht G. zu lösen durch eine Modifikation des Credé'schen Verfahrens. G. sterilisiert zunächst ein weithalsiges Präparatenglas von 200 ccm Inhalt durch Kochen in Wasser; sodann wird das Glas mit 100 g Spiritus sapokaliens gefüllt. Nun wird das vorher mit Bürste und Seifenspiritus gereinigte Rohkatgut für 24 Stunden in diese Flüssigkeit gelegt, dann der Seifenspiritus abgegossen und die anhaftende Seifensubstanz durch Schütteln mit 90%igem Alkohol entfernt. Dann wird der Alkohol abgegossen und das Katgut in 1%iges Aktolwasser gelegt. Das Glasgefäß muß für Licht undurchgängig sein. Nach 8 Tagen Abgießen des Aktolwassers und Transferieren des Katguts in ein steriles trockenes, farbloses Glasgefäß, das dem direkten Sonnenlicht ausgesetzt wird; hierbei scheidet sich das metallische Silber in der Struktur des Fadens unter Schwarzbraunfärbung aus. Endlich wird dieses gefärbte Katgut in absolutem Alkohol mit 10%igem Glycerin aufbewahrt; jetzt ist das Katgut gebrauchsfertig. Bakteriologische Untersuchungen ergaben jedesmal Keimfreiheit. Die Resorption trat reaktionslos ein. Als Hauptvorteil dieses so hergestellten Materials rühmt Verf. große Festigkeit und leichte Knotungsfähigkeit. Die Erfahrungen des Verf. beim Gebrauch beziehen sich auf $1^1/_2$ Jahre, die Resultate sollen äußerst zufriedenstellend gewesen sein.

Scheuer (Berlin).

---

10) C. Hofmann. Zur Anwendung des Äthers als allgemeines Betäubungmittel; Äther-Tropfennarkose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 403.)

Auf Grund einer Erfahrung über mehrere Tausend derartige Narkosen, größtenteils während seiner Tätigkeit bei Witzel in Bonn beobachtet, empfiehlt H. eine Morphium-Äthertropfennarkose. Da Äther, tropfenweise auf gewöhnlichen Masken dargereicht, zur völligen Narkose nicht genügt, ist die vorgängige Anwendung eines anderen Narkotikum nötig, wozu H. nach dem Vorgange Riedel's Morphium subkutan benutzt. Ca. 1 Stunde vor Beginn der Narkose sollen 1—3 cg hiervon gegeben werden, je nach körperlicher Individualität des zu Narkotisierenden. Es folgt dann die Darreichung des Äthers unter Benutzung eines gewöhnlichen Tropfenmedizinglases und einer Schimmelbusch'schen Maske, eine Methode, bei welcher die sonst der Ätheranwendung eigentümlichen Nachteile, die Vermehrung der Speichelabsonderung und die Reizung der Schleimhäute der Atemwege völlig vermieden bleiben. In den seltenen Fällen, wo hiermit keine völlige Narkose zu erreichen ist, wird vorübergehend Chloroform — wenige Tropfen bis wenige Gramm — dazwischen gereicht, um bei eingetretener Narkose sofort wieder zum Äther zurückzukehren, mit dem dann die Fortsetzung der Narkose keine Schwierigkeit hat.

Diese Narkosenmethode hat den Vorzug der Einfachheit und kann sehr gut intelligentem Wartepersonal überlassen werden.

In den kurzen einleitenden Worten zur Beschreibung dieser Methode vergleicht H. die Gefährlichkeit des Chloroforms und Äthers, die bei letzterem fraglos geringer anzuschlagen ist. Die reizenden nachteiligen Wirkungen des Äthers auf die Luftwege führt H. auf die Verdunstungskälte des Äthers zurück. Ein Beweis für letztere ist das Gefrieren des Wasserdampfes der Exspirationsluft, den man in Form eines feinen Schnees auf zu Äthernarkosen dienenden Masken sehen kann. Bei vorsichtig tropfenweiser Ätherdarreichung kommt es zu dieser Erscheinung nicht.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

11) **Marcinowski.** Das Eukain-β. Eine Studie über das Eukain, seine Vorgeschichte und seine Verwendung in der Praxis, nebst eigenen Beobachtungen und Versuchen mit Eukain-β.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 417.)

Sehr fleißige, lehrreiche und für Praktiker kennenswerte Arbeit. Nach Bericht über die chemische Komposition des Mittels kommt M. auf dessen pharmakologische Eigenschaften. Es ist mindestens 3,75mal weniger giftig als Cocain oder α-Eukain. Es diffundiert schwerer als das Cocain und ähnelt ihm in toxischen Dosen in der Art der Erscheinungen von Seiten des Zentralnervensystems. Dieselben analgetischen Kräfte wie das Cocain besitzend, hat es sich bei zweckmäßiger Dosierung von den unangenehmen toxischen Nebenwirkungen des Cocains im allgemeinen frei gezeigt. Es unterscheidet sich von letzterem dadurch, daß es 1) eine unbedeutende Gefäßerweiterung hervorruft; 2) weder die Weite der Pupille verändert, noch die Accommodation oder die Reaktion auf Lichteinfall beeinflußt; 3) den Tonus des Augapfels kaum merklich herabsetzt; 4) die Hornhaut intakt läßt. Das salzsaure Salz Eukain-β löst sich in 100 Teilen Wasser zu ca. $3^1/_2$—5%, es bildet in der Wärme übersättigte Lösungen; das essigsaure Salz desselben dagegen löst sich in 100 Theilen Wasser bereits bei Zimmertemperatur zu 33%. Die Lösungen sind unbegrenzt haltbar und vertragen wiederholtes Kochen und Sterilisieren ohne jede chemische Veränderung.

Die klinischen Erfahrungen, über die auf den verschiedensten Gebieten der Praxis in der Literatur berichtet ist (Augenheilkunde, Urogenitalapparat, Naso-pharyngo-laryngo-oto-Therapie, Zahnextraktion, große und kleine Chirurgie) werden von M. sorgfältig gesammelt und durch Mitteilung eigener recht mannigfaltiger, praktischer Versuche vervollständigt. Das gute Urteil, das bereits Braun über das Mittel abgegeben hat, wird hierbei durchgehends bestätigt. Von unerfreulichen, vielleicht dem Mittel zuzuschreibenden Wirkungen, die M. erlebte, waren 1mal eine Ohnmachtsanwandlung zu erwähnen,

die bei einer 62jährigen korpulenten Frau mit Beingeschwür nach Injektion von $3\frac{1}{2}$ cmm einer 5%igen Lösung (zwecks Exzision des Ulcus) eintrat. Dieselbe wird mehr der bestehenden Arterienatheromatose zuzuschreiben sein. Ferner traten bei einem 51jährigen Manne nach Injektion von 1,5 cmm einer 10%igen Lösung Bewußtlosigkeit und klonische Krämpfe auf, an denen derselbe aber schon früher vor Jahren gelitten hatte. Lokal hatten die Injektionen öfter ziemlich hartnäckige Infiltrate und Schwellungen zur Folge, und in einem Falle wurden an dem wegen Panaritium mit 1,5 cmm einer 10%igen Lösung injizierten Finger eines 19jährigen Mädchens 2 Phalangen gangränös, ein Unfall, den M. indes nicht dem Mittel, sondern dem circulationsstörenden Einfluß der Injektion als solcher zuschreibt. Was die Konzentration der anzuwendenden Lösungen betrifft, so dienen zur Infiltration nach Schleich bezw. Braun und Reclus Lösungen von 1‰—1 und 2%. Für die regionäre Analgesie kommt 1%—2, auch 5% in Anwendung. Für Zahnextraktionen, Auge, Harnröhre, Nase, Hals, Schleimhäute, frische Wunden 2 bis 5, auch 10%. Zum Schluß steht ein Literaturverzeichnis von 202 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

12) **Eckstein.** Quelques remarques sur la technique des injections de paraffine solide.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 47.)

Bezugnehmend auf die in dieser Zeitschrift erschienene Arbeit von Broeckaert warnt E. davor, die Spitze der Nadel in der Flamme zu erhitzen, weil hierdurch leicht eine Verbrennung der Haut herbeigeführt werden könnte. Nachdem die Spritze mit Paraffin gefüllt ist, spritzt er einige Tropfen desselben heraus und aspiriert etwas heißes Wasser; so vermeidet er ein sofortiges Erstarren des Paraffins, das das Ausspritzen hindern könnte.

Ferner empfiehlt er, um eine Ausbreitung über das beabsichtigte Gebiet zu vermeiden, einen gewissen Grad von Infiltrationsanästhesie anzuwenden und einen kleinen Hautschnitt zu machen, in den er das Paraffin einspritzt; die sofortige Anlegung einer feinen Naht verhindert, daß eine bemerkbare Narbe zurückbleibt.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

---

13) **M. Prince.** Osteitis deformans and hyperostosis cranii. A contribution of their pathology, with a report of cases.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. November.)

Bislang haben alle Autoren die Osteitis deformans von der sog. Hyperostosis cranii resp. Leontiasis ossium getrennt und beide als verschiedene Krankheitsprozesse angesehen; von ersterer sind 66, von letzterer 20 Fälle bekannt.

P. tritt unter Sichtung dieses Materials und Hinzufügung von

drei neuen Beobachtungen der Frage näher, ob diese Trennung berechtigt ist.

Sein erster Fall zeigt ganz das Bild einer Osteoarthritis deformans; 44jährige Frau mit Deformierung des Schädels (Schläfengegend, Unterkiefer) und fast aller Röhrenknochen, Arteriosklerose, chronische Endokarditis. Der zweite betrifft eine 63jährige Frau, bei welcher nur Schädel und Wirbelsäule verändert sind, außerdem Arteriosklerose, Myasthenie; Extremitätenknochen nur auffallend dünn.

Handelt es sich nun im ersten Falle um ein nur zufälliges gleichzeitiges Bestehen zweier verschiedener Krankheiten und liegt im zweiten nur eine Hyperostosis cranii oder vielleicht eine unvollständige Osteitis deformans vor?

Für eine Identität beider Formen spricht die Unmöglichkeit, eine bestimmte Altersgrenze aufzustellen; die keineswegs auf den Gesichtsschädel beschränkte Lokalisation der Hyp. cran., wogegen die Ost. def. oft nur einen Knochen, event. den Schädel befällt; das Gemeinsame im pathologisch-anatomischen Befunde. Der Beweis der Identität fehlt vor allem mangels der betreffenden Autopsien und genügender mikroskopischer Untersuchung.

P.'s dritter Fall vermag eine Aufklärung zu geben: Bei der Pat., welche 1896 von Edes (Amer. journ.) als typische Hyperostosis cranii beschrieben wurde und jetzt in P.'s Behandlung kommt, hat sich nun eine allgemeine Osteitis deformans entwickelt. Zwei instruktive Photographien von 1896 und 1902 lassen aufs deutlichste die Zunahme der Schädelveränderungen erkennen. Alle anderen Knochen sind nun in gleicher Weise deformiert, Herzgeräusche vorhanden etc.

P. spricht die Vermutung aus, daß viele Fälle von sog. Hyperostosis cranii später in allgemeine Osteitis deformans übergehen. Schlußsätze: Beide Krankheitsformen sind nicht zu trennen, sie beruhen wahrscheinlich auf Erkrankung eines trophischen Zentrums. Klinische und anatomische Befunde sprechen für eine Identität von Hyperostosis cranii, Osteitis und Osteoarthritis deformans. Die wenigen (6) Sektionsberichte über sklerotische Herde im Rückenmark und peripheren Nerven weisen vielleicht auf einen neuropathischen Ursprung hin und fordern zu eingehenden Untersuchungen des Nervensystems auf.

Bender (Leipzig).

---

14) **R. H. Fitz.** Certain characteristics of osteitis deformans.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. November.)

Die Arbeit bildet eine Ergänzung zu derjenigen von Prince. Von der Tatsache ausgehend, daß man durch Maceration und mikroskopische Untersuchung entkalkter Knochen nur einen sehr beschränkten Einblick in das Wesen dieser Krankheit erhält, da man stets nur einen früheren oder späteren Zustand eines sehr kleinen Teiles der Knochensubstanz, nicht aber die Entwicklung des Prozesses sieht, stellte F. bei der ersten Pat. Prince's wiederholte

röntgographische Studien an. 11 Röntgenbilder und 6 Photographien. Die Skiagramme ergaben die gleichen Veränderungen an Schädel und übrigen Knochen: Vergrößerung, Verdickung, plumpe Spongiosabälkchen, Kalkarmut. Auch der Schädel ist also hier von Osteitis deformans befallen.

Mit Baumgarten, Sternberg, Atkinson, Prince u. a. teilt Verf. die Ansicht, daß die sog. Hyperostosis cranii keine selbständige Krankheit, sondern eine Teilerscheinung der deformierenden Osteitis ist, welche wenige oder viele Knochen betreffen, früh oder spät im Leben auftreten kann; ihre Symptome sind mannigfaltig.

Bender (Leipzig).

---

15) **Ziegler.** Beiträge zur Circulation in der Schädelhöhle.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 222.)

Kurze, in ziemlich flüchtiger, das Verständnis erschwerender Schreibart abgefaßte Mitteilung über in der Münchener Anatomie vom Verf. angestellte Injektionsversuche am Subduralraum und den Hirngefäßen zwecks Aufsuchen der Kommunikation des subduralen Raumes mit dem Blutgefäßsystem. Z. hat »die Arterien am frisch getöteten Hunde durch die Carotis mit roter Karmingelatine und die Venen durch die Facialis anterior, die das Hirnblut abführt, mit schwarzer Tuschgelatine injiziert, an der Konvexität blaue Gelatine subarachnoidal eingespritzt, und zwar nicht regelmäßig, aber wiederholt die Venen des Gehirns, nie aber der Dura injiziert gefunden«. Da junge Hunde keine Pacchioni'sche Granulationen, an denen nach Key und Retzius Injektionen in den Subduralraum in den Sinus eintreten, haben, ist hiermit nach Z. »die direkte Resorption des Eingespritzten« nachgewiesen. (Resorption beim Kadaver?! Ref.).

Übrigens fand Z. bei seinen Injektionen sehr reichliche Gefäßnetzchen in der Dura und der Hirnrinde (cf. mehrere Bilder). Auch von dem starken Gefäßgehalt der Plexus chorioidei überzeugte er sich, sowie davon, daß bei Gefäßinjektion des Gehirns — also Volumenvermehrung desselben — der Druck im Subduralraum nicht oder nicht sonderlich vermehrt wird; vielmehr weicht der Liquor cerebrospinalis in den Rückgratskanal aus, wodurch Platz für das sich dehnende Hirn gemacht wird Gut gelang ihm bei subduraler Injektion der Nachweis von dem hiernach resultierenden Vorrücken der Flüssigkeit unter die Duralscheide der Nn. optici. Die submaxillaren und submentalen Lymphdrüsen blieben aber hierbei injektionsfrei. Dagegen stellte sich bei Anwendung der von Polano empfohlenen rotgefärbten ätherischen Kampferlösung zur subduralen Injektion einmal ein Beschlag mit dicken rosa Eiskrusten an den Augen und der Nase ein, »was doch für die vorläufig noch nicht sichtbare Kommunikation spricht«. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

16) **S. Le Roy Mc Curdy.** Depressed fracture of the malar bone with report of three cases.

(New York med. journ. 1902. November 15.)

Bei einem Falle von Depressionsfraktur des linken Oberkiefers infolge eines Sturzes war der Oberkieferknochen soweit auseinander geschoben, daß der Bulbus $^1/_2$ Zoll herausgetrieben war. Manuelles Redressement war nutzlos, ebenso mißlangen Versuche, die Fragmente mit einer gewöhnlichen Schraube aneinander zu schrauben; deshalb benutzte Verf. einen gerade zur Hand befindlichen Kleiderhaken mit 2 seitlichen Bügeln und einer Schraube, die die Knochenstücke ausgezeichnet zusammenhielt. Verf. war so befriedigt von diesem in der Not gebrauchten Aushilfsmittel, daß er auch in zwei weiteren Fällen mit gleich günstigem Erfolg den Kleiderhaken verwandte, und diesem »Instrumente« einen dauernden Platz in seinem Instrumentarium anwies. 4 Bilder, worunter das des verwendeten Kleiderhakens, vervollständigen die Ausführungen.

Scheuer (Berlin).

---

17) **V. Texier.** Contribution à l'étude du diagnostic des lésions de la partie moyenne des fosses nasales.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 38.)

Verf. rühmt die großen Vorteile, welche die Killian'sche Rhinoscopia media für die Erkennung und Behandlung der Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen biete; er beschreibt genau ihre Anwendung zur Untersuchung der tiefer gelegenen, bisher schwer zugänglichen Teile, wie mittlerer Nasengang und Riechspalte. Für die Erkennung ebenda gelegener Polypen und Geschwülste, sowie die Sondierung der Nebenhöhlenostien sei die Methode höchst wertvoll. Besonders die Therapie der Keilbeinhöhlenaffektionen und ihre neuerdings immer mehr beobachteten Beziehungen zum chronischen Retronasalkatarrh würden dadurch beträchtlich gefördert werden.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

---

18) **V. Veau.** Les plaies du canal thoracique dans la portion cervicale.

(Gaz. des hôpitaux 1902. No. 123.)

21 Beobachtungen von Verletzung des Ductus thoracicus im Cervicalteil sind V. aus der Literatur bekannt. Von diesen Verletzungen war eine einzige durch Messerstich entstanden, alle anderen bei Operationen, z. T. zufällig.

Die erfolgte Verletzung wird zuweilen erst spät erkannt, z. B. nach mehreren Tagen beim Verbandwechsel. Bei völliger Durchtrennung des Ductus treten sehr schnell Kollateralen ein, die die Chylusflüssigkeit in die Vene schaffen. Ergießt sie sich längere Zeit nach außen, so kommt es zu rapider Abmagerung unter quälendem Durst und heftigen Kopfschmerzen. Die Harnmenge sinkt stark

(bis auf 400 ccm in 24 Stunden). Dieser Zustand dauert eine Woche bis anderthalb, ja 3 Monate, um dann plötzlich oder allmählich aufzuhören: alle Fälle von Ductusverletzung gehen in Heilung aus.

Die Behandlung besteht am besten in Kompression durch Tamponade, wenn auch Naht und Ligatur zum Ziele führen und gelegentlich indiziert sein können. **V. E. Mertens** (Breslau).

---

19) **O. Ehrhardt.** Zur Anatomie und Klinik der Struma maligna.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

Unter Zugrundelegung fast des gesamten, bisher in der deutschen und ausländischen Literatur veröffentlichten Materiales von malignen Strumen, sowie einer Reihe neuer Fälle gibt E. eine eingehende Bearbeitung aller für die Beurteilung und Behandlung dieses Leidens wichtigen Fragen. Unter diesen erfahren die Histologie, die Metastasenbildung und vor allem die Therapie die ausführlichste Besprechung. Hinsichtlich der letzteren kommt E. zu dem Schlusse, daß die Resultate der Operation dauernd bessere geworden seien, sowohl hinsichtlich der Sterblichkeit des Eingriffes, als auch bezüglich der Dauerheilung. Die von Kocher inaugurierte Resektion der verwachsenen Halsorgane, welche mehr und mehr Eingang gefunden habe, wird als wesentliche Ursache für die Besserung der Dauererfolge betrachtet. **Blauel** (Tübingen).

---

20) **O. Ehrhardt.** Über die regionären Lymphdrüsen beim Krebs der Schilddrüse.

(Zentralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie 1902. Nr. 10.

Die gesteigerte Aufmerksamkeit für die Verbreitungswege des Karzinoms in den regionären Lymphdrüsen findet auch ihren Ausdruck in der kleinen, aber inhaltsreichen Arbeit von E. An 30 selbst beobachteten Fällen von Struma maligna und unter Verwendung von 300 weiteren Fällen aus der Literatur hat Verf. die Lymphgefäßversorgung der Schilddrüse studiert; er konnte feststellen, daß nur geringe anastomotische Verbindungen zwischen den beiden Schilddrüsenlappen bestehen. Die Hauptmasse der Lymphgefäße sammelt sich an der lateralen und hinteren Seite der Drüse, wo kolloidhaltige Lymphreservoirs mikroskopisch festzustellen sind; von da werden die Glandulae cervicales profundae inf. infiziert, welche mit zwei weiteren Plexus in Verbindung stehen, den mediastinalen und axillaren Lymphdrüsen.

Ein zweites Abflußgebiet betrifft die Drüsen, die aus den medialen Teilen der Schilddrüsenlappen versorgt werden; es sind dies Drüsen zwischen Kehlkopf und Speiseröhre, welche wichtig sind, weil bei ihrer Erkrankung starke Atemnot und Schluckbeschwerden entstehen.

Gesonderte Lymphbahnen hat der obere Schilddrüsenpol durch eine Verbindung mit den submandibularen und sublingualen Drüsen, der untere Pol direkt mit den mediastinalen Lymphdrüsen, die aber niemals isoliert erkrankt gefunden wurden.

Die genannten Verbreitungswege stellen das Gebiet des normalen Saftstromes von der Gland. thyreoid. dar; bei Undurchgängigwerden infolge Metastasierung treten auch noch andere Verbindungen auf, wobei mit einer gewissen Regelmäßigkeit die Glandulae cervicales superiores profundae und superficiales betroffen werden.

Endlich kommen auch reiche Anastomosen mit den Lymphgefäßen der Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut in Betracht, wodurch in einzelnen Fällen durch Erfüllung der Lymphgefäße der Zwischenbänder von den Trachealringen geradezu das Bild wie bei einer gelungenen Quecksilberinjektion gegeben war.

Scheuer (Berlin).

---

21) **J. H. Spiegelberg.** Ursachen und Behandlung der Kehlkopfstenosen im Kindesalter.

(Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin 1902. Bd. II. Hft. 11)

Die vorliegende Abhandlung ist vornehmlich für den Praktiker geschrieben. Unter Verzicht auf eine gleichmäßig ausführliche Behandlung der einzelnen ätiologischen Momente, beschränkt sich Verf. darauf, nur das praktisch Wichtige ausführlicher zu erörtern. Bei der Therapie gibt er ein anschauliches Bild der Technik der Tracheotomie und Intubation unter Erwähnung der dabei und besonders in der Zeit der Nachbehandlung möglichen Schwierigkeiten. Verf. versucht in kritischer Weise eine möglichst präzise Indikation für beide Verfahren zu geben. Durch die Serumbehandlung seien die Indikationen für die Intubation bedeutend erweitert worden. Als Gegenanzeigen derselben bezeichnet er: schwerste Dyspnoë, Herzschwäche, Rachenstenose, Glottisödem, sehr ausgebreiteten und septischen Diphtherieprozeß, Blutungen, im allgemeinen das Alter von 1—$1^1/_2$ Jahren. Bedingte Gegenanzeigen seien: Lähmungen, starke Katarrhe, sowie die Unmöglichkeit richtiger Überwachung und Pflege. So rät Verf. energisch, »die Frage Tracheotomie oder Intubation durch die Antwort zu beseitigen: Tracheotomie und Intubation, jedes an seinem Platze«. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

---

22) **F. Varay.** Tubage et broncho-pneumonie chez les diphthériques.

(Province méd. 1902. Nr. 4.)

Aus dem Material von $2^3/_4$ Jahren der Charité in Lyon, welches 613 Diphtheriefälle mit 201 Bronchopneumonien umfaßt, kommt der Autor zu dem Schluß, daß die Tubage nicht als eine Ursache für das Eintreten dieser Komplikation aufzufassen ist. Sie hat zuweilen

sogar den Anspruch, prophylaktisch zu wirken. Auf die ausgesprochene Bronchopneumonie ist sie ohne Einfluß; jene bildet aber auch keine Kontraindikation und darf von der Anwendung dieser Behandlung nicht abschrecken. Die Ursache der Bronchopneumonie liegt allein in der Diphtherie selbst bezw. dem organischen Verhalten des Kranken.

Herm. Frank (Berlin).

---

23) **Zollikofer** (St. Gallen). Über den Befund von protargonhaltigen Körnern bei Probepunktionen des Thorax und über das Vorkommen derselben in Tumoren und anderen Affektionen der Lunge.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 12.)

Eine Probepunktion des Thorax bei einer Frau mit allgemeiner Sarkomatose ergab keine Flüssigkeitsansammlung im Dämpfungsbezirk, wohl aber in den wenigen Tropfen des Spritzeninhaltes zahlreiche, geschichtete, mattglänzende, an die Myelinkörner des Auswurfs erinnernde Körperchen. Dieselben ergaben Protargonreaktion, und zwar in einer solchen Menge, daß es von den Lungennerven nicht herrühren konnte.

Zahlreiche Untersuchungen von Lungen mit den verschiedensten Affektionen ergaben schließlich folgendes für die Punktionsdiagnose beachtenswerte Resultat: Myelinkörper von außerordentlicher Zahl und Dimension können in infiltrierten Lungenpartien vorkommen, und zwar in schönster Entwicklung bei bösartigen Geschwülsten. Wo Zweifel bestehen, ob ein pathologisches Gewebe im Innern des Brustkorbes zu Rippe, Pleura, Speiseröhre, Leber oder Lunge gehöre, da entscheidet der Befund von Myelinkörnern bei einer Probepunktion sofort zu Gunsten der Lunge. — Chemisch sind die Körner im wesentlichen aus Protargon aufgebaut und demnach identisch mit dem Myelin des Auswurfs.

P. Stolper (Breslau).

---

24) **Marique.** Recherches sur les corps étrangers du coeur et des gros vaisseaux.

Brüssel, **H. Lambertin,** 1901.

Verf. hat in einer Reihe von 85 Tierversuchen das Verhalten des Herzens Fremdkörpern gegenüber geprüft, indem er meist bei Kaninchen das Herz freilegte, diesem Nadeln oder Bestandteile von Kugeln einverleibte und dann die Tiere später tötete. Seine Resultate, die mit zahlreichen, besonders aus der französischen und englich-amerikanischen Literatur zusammengestellten klinischen Beobachtungen verglichen werden, sind in Kürze folgende:

1) Versenkt man Fremdkörper vollständig in die Muskulatur des Herzens, indem man das Perikard darüber verschließt, so können diese, wenn das Versuchstier den ersten Chok überstanden, reaktionslos einheilen. Die Tiere bleiben beschwerdelos am Leben. In einzelnen Fällen wird der Fremdkörper durch die Muskelkontraktionen

des Herzens entweder in die Ventrikel oder den Herzbeutel getrieben und kann hier einheilen.

2) Werden die Fremdkörper indes nicht völlig versenkt, bleiben vielmehr in dem Nachbargewebe teilweise stecken, so heilen dieselben nicht fest ein, sie machen alsdann große Wunden in die Muskulatur, die entweder zu tödlichen Blutungen oder eitrigen Entzündungen führen.

3) Fremdkörper können ebenfalls reaktionslos in den Herzhöhlen einheilen. Im allgemeinen ist die Bildung von Thromben hierbei selten. — Sie wurde niemals beobachtet bei Eisenteilen, häufiger bei Kupfer. Verf. glaubt, daß letzteres auf die Leukocyten zerstörend einwirkt, und daß so die Thrombosenbildung ein chemischer und kein mechanischer Vorgang ist.

4) Für die Therapie ergibt sich daraus, daß man im allgemeinen das Suchen der Geschosse vermeiden soll, da dies unnütz und erfahrungsgemäß gefährlich, und daß man sich bei einem operativen Eingriffe auf Blutstillung und Wundnaht beschränken soll.

Coste (Straßburg i/E.).

---

25) **H. Küttner.** Welche Aussichten bietet die Operation des Mammakarzinoms bei vergrößerten Supraclaviculardrüsen?

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Die Nachforschungen über die in den Jahren 1880—1902 in der v. Bruns'schen Klinik ausgeführten Mammaamputationen mit gleichzeitiger Entfernung vergrößerter Supraclaviculardrüsen haben ergeben, daß von den in Frage kommenden 40 Frauen 38 bereits an Krebs gestorben sind, die beiden noch lebenden an einem inoperablen Rezidiv leiden, welchem sie auch bald erliegen werden. Es ist also keine der Frauen dauernd geheilt worden.

Aus dieser lückenlosen Untersuchungsreihe geht einwandsfrei hervor, daß jedes Mammakarzinom, bei welchem bereits vergrößerte Supraclaviculardrüsen fühlbar sind, eine absolut ungünstige Prognose gibt, daß eine Operation also nur einen palliativen Zweck haben kann.

Blauel (Tübingen).

---

26) **Gottstein.** Die gleichzeitige doppelseitige Vagotomia supradiaphragmatica beim Hunde und ihr Einfluß auf die Cardia.

(Habilitationsschrift, Breslau, 1902.)

Veranlassung zur Bearbeitung der Frage gaben Verf. Untersuchungen über die Ursachen der sackförmigen Dilatation der Speiseröhre. G. durchschneidet die Vagi von der Bauchhöhle aus oberhalb des Zwerchfelles. Das hat vor der Durchschneidung am Hals den Vorzug, daß die Fasern für Magen und Herz unbeschädigt bleiben, vor der subdiaphragmatischen den Vorteil, daß alle zur Cardia ziehende Fasern getroffen werden. Verf. ist entlang der Speiseröhre

in die linke Pleurahöhle eingedrungen und hat beiderseits Stücke des Vagus reseziert. Der Zwerchfellschlitz wurde dann mit der Cardia wieder vernäht. Die so operierten Hunde zeigten Störungen im Schluckmechanismus; indem sie zwar Flüssigkeiten und kleine feste Bissen, nicht aber große feste Bissen schlucken konnten. Diese blieben in der Speiseröhre stecken und wurden unter starker Schleimabsonderung ausgebrochen. Falls die Hunde vorher getötet wurden, sah man eine durch diese Bissen bewirkte Auftreibung des unteren Speiseröhrenabschnittes.

Die Cardia war an allen diesen Hunden bei der Sektion offenstehend befunden worden. Wie andere Beobachtungen Verf.'s ergeben, hat dieses Offenstehen aber nichts mit der Vagotomie zu tun; vielmehr klafft die Cardia immer in etwa Federkieldicke und ist nur vom Magen her ventilartig verschlossen. Bei vagotomierten Hunden kann dieser ventilartige Verschluß durch ganz geringen Druck aufgehoben werden. Die Ansicht v. Mikulicz's, daß die Cardia des Menschen im Ruhezustand offen steht, wird dadurch gestützt. Eine Kontraktion der Cardia tritt immer erst auf einen Reiz hin ein. Nach Durchschneidung der zur Cardia ziehenden Nervenfasern ist weder eine Kontraktion noch eine Dilatation der Cardia vorhanden. Die Ansicht, daß durch die Vagotomie eine Kontraktion der Cardia herbeigeführt werde, ist also nach Verf.'s Untersuchungen nicht mehr haltbar. **E. Moser** (Zittau).

Kleinere Mitteilungen.

Über einen Apparat zur optischen Kontrolle des Pulses während der Narkose.

Von

Prof. Dr. **Gustav Gaertner** in Wien.

Bei der Überwachung des Pulses in der Narkose mache ich regelmäßig die peinliche Erfahrung, daß nach Ablauf eines verhältnismäßig kurzen Zeitraumes mein Urteil über die Beschaffenheit des Pulses, welches zu Beginn ein sehr sicheres war, unzuverlässig und schwankend wird, so zwar, daß ich nach längerem, ununterbrochenem Pulsfühlen schließlich Mühe habe, die Arterie überhaupt aufzufinden.

Es ist begreiflich, daß mich eine solche Wahrnehmung stets in Aufregung versetzt, da ich doch zunächst nicht wissen kann, ob die Schuld am Verschwinden des Pulses an mir oder am Pulse gelegen ist. Nach kurzer Unterbrechung erholen sich die in Betracht kommenden Apparate (ich glaube, daß eine Ermüdbarkeit des Muskelsinnes die Schuld trägt), und ich gewinne, allerdings nur für kurze Zeit, das Urteil über den Puls wieder. Inzwischen konnten aber die bedrohlichsten Symptome von mir übersehen worden sein.

Eine Umfrage bei Kollegen, die vermöge ihres Berufes häufig narkotisieren, hat mich belehrt, daß es auch ihnen genau so geht wie mir, daß auch sie das Urteil über den Puls nach einiger Zeit verlieren.

Ich glaube mich keiner Übertreibung schuldig zu machen, indem ich behaupte, daß *eine wirkliche, stetige Überwachung der Circulation während länger dauernder Operationen bis nun nicht geübt werden konnte.* Dies gilt meiner Überzeugung nach auch für die Fälle, in denen zur Kontrolle

des Pulses ein eigener Wächter aufgestellt wurde. Noch schlimmer war es um die Überwachung der Circulation bestellt, wenn sie dem Narkotiseur überlassen blieb, dessen Aufmerksamkeit auf so vielerlei Dinge und Vorgänge zersplittert wird.

Über die große Bedeutung der Circulationsverhältnisse für den gefahrlosen Ablauf der Narkosen kann wohl kein Zweifel bestehen.

Bei ungenügender oder völlig unterbrochener Atmung und gutem Pulse wird die künstliche Respiration die Gefahr beseitigen. Der gestörten Circulation gegenüber sind wir machtlos; einen künstlichen Kreislauf vermögen wir nicht einzuleiten. Die Gefahren, die von dieser Seite drohen, müssen also schon in deren Anfängen erkannt werden, um wirksam bekämpft werden zu können.

Ich verfüge nach dieser Richtung über eine ziemlich reiche Erfahrung vom Thierexperiment her.

Für den Hund ist eine Chloroformnarkose, im Vergleiche zum Menschen, ein äußerst gefährlicher Eingriff. Bei ungenügender Übung oder Aufmerksamkeit kann es leicht geschehen, daß schon von 10 narkotisierten Hunden je einer oder mehrere zugrunde gehen. Niemals sah ich indes einen Todesfall, wenn in der Narkose der Blutdruck verzeichnet wurde. Die Gefahr wurde durch den Blutdruckschreiber immer rechtzeitig angezeigt.

Diese Überlegungen und Erfahrungen reiften in mir den Gedanken, die Kontrolle der Circulation während der Narkose zu verbessern. Nachdem ein paar Versuche mit dem Kreidl'schen Onychoskop kein befriedigendes Resultat ergaben — der Apparat versagt in vielen Fällen gänzlich, erfordert außerdem zuviel Bedienung und ist zerbrechlich —, ging ich daran, ein eigenes Instrument zu konstruieren.

Unterstützt durch die Hilfe des Herrn L. Castagna, Mechaniker am physiologischen Institut zu Wien, ist es mir gelungen, einen Apparat zur optischen Kontrolle des Pulses zu bauen, der, soweit meine bisherigen Erfahrungen reichen, allen vernünftigen Anforderungen gerecht wird.

Der »Pulskontroller« wird am Vorderarme oder, wenn das die Verhältnisse nicht gestatten sollten, am Unterschenkel befestigt. Auf dem 7 cm im Durchmesser haltenden Zifferblatte bewegt sich ein Zeiger, der mit großen (20 bis 90 Winkelgrade betragenden), weithin sichtbaren Ausschlägen die Pulsbewegung anzeigt. Man ersieht an dem Apparate zunächst, ob der Puls groß oder klein, regelmäßig oder unregelmäßig ist; man kann mit Leichtigkeit die Pulsfrequenz bestimmen oder schätzen. Der Apparat gestattet aber auch einen Schluß über die Höhe des Blutdruckes und über Schwankungen desselben. Er zeigt ferner alle Details der sphygmographischen Kurve, wie Rückstoßelevation, Elastizitätsschwankungen — er läßt den Pulsus celer und tardus erkennen. Dabei unterscheidet er sich von den Sphygmographen und ähnlichen Apparaten dadurch, daß er ausnahmslos innerhalb weniger Sekunden in Funktion gesetzt werden kann, und daß die Größe der verzeichneten Bewegungen nicht von unberechenbaren Zufällen abhängt, sondern ausschließlich von der Größe des Pulses, dessen getreues Bild sie darstellen.

Der Apparat verzeichnet noch Pulse, die mit der Hand nicht mehr gefühlt werden können. Er ist auch unabhängig von der abnormen Lage einzelner Arterien.

Der Pulskontroller ist ganz aus Metall gefertigt (kein Kautschuk) und sehr wenig gebrechlich. In Gang gesetzt, funktioniert er stundenlang ohne weitere Bedienung.

Er gestattet dem Narkotiseur die fortlaufende Überwachung jedes einzelnen Pulsschlages. Der Operateur kann sich jederzeit durch einen Blick von dem normalen Ablaufe der Circulation überzeugen.

Der Apparat soll demnächst in einer Reihe von Instituten in größerem Maßstabe zur Anwendung gelangen.

Die gewonnenen Erfahrungen werde ich gleichzeitig mit der Beschreibung des Apparates, der auch dem Internisten gute Dienste leisten wird, an geeignetem Orte (Chirurgen-Kongreß) mitteilen.

27) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

129. Sitzung am 12. Januar 1903.

Vorsitzender: Herr Hoffa.

1) Herr Hoffa: Vorstellung eines Akrobaten, der sich bei einem Salto mortale eine Längsfraktur der Patella zugezogen hatte; und zwar war das äußere Drittel abgebrochen. Es war eine Schmerzhaftigkeit an der Außenseite zurückgeblieben, die ihn in seinem Berufe hinderte. H. fixierte die Bruchstücke gegeneinander durch eine Seidennaht und hat dadurch erreicht, daß der Mann wieder arbeitsfähig ist.

2) Herr Hoffa: Beiträge zur Sehnenplastik.

H. gibt einen Überblick über ca. 100 Fälle, die er durch Sehnenplastik behandelt hat. Die Resultate waren im allgemeinen gute. Um dieselben zu erzielen, ist die erste Bedingung eine exakte Aseptik. H. benutzt zur Naht Seide, die in 1‰iger Sublimatlösung gekocht ist. Primäre Eiterung bedingt einen Mißerfolg; H. erlebte sie 4mal unter 120 Fällen. Von der nachträglichen Ausstoßung von Seidenfäden wurde das Resultat in der Regel nicht beeinträchtigt. Zum zweiten ist für gute Blutstillung zu sorgen; durch Nachblutungen wird die Bildung festen Sehnengewebes verhindert. Drittens ist eine genügend lange Fixation erforderlich. Auch Tierexperimente ergaben die Bedeutung dieser drei Momente für die Entwicklung eines festen sehnigen Gewebes an der Nahtstelle. Fixierende Verbände wurden gewöhnlich 6 Wochen hindurch angewandt. Endlich muß man bei der Operation darauf bedacht sein, eine genügende Spannung der Sehnen herzustellen. H. ist der Überzeugung, daß in manchen Fällen von Lähmung eines Muskels nur eine Funktionsunfähigkeit besteht, weil die Muskeln zu lang und zu gedehnt sind; man vermag dann durch Sehnenverkürzung den Tonus wieder herzustellen. Er führt darauf einen funktionellen Erfolg zurück, den er bei einer Facialislähmung hatte, wo er aus kosmetischen Gründen eine Keilexzision aus der Wange gemacht und den unteren Teil der Wange an den Jochbogen angenäht hatte. Im übrigen erreicht man durch die Sehnenplastiken nicht immer eine Funktion, wie man beabsichtigt hatte, sondern oft nur eine tendinöse Fixation; in diesen Fällen dient die Sehnenplastik als Ersatz der Arthrodese. H. hat verschiedentlich auch periostale Sehnenplastiken gemacht und durch Einfügung von Seidensehnen eine Neubildung von Sehnendefekten zu erzielen versucht. Er demonstriert an einer Reihe von Pat. die Erfolge, die er durch seine Sehnenplastiken erzielt hat bei paralytischem Schlottergelenk der Schulter, bei einer Radialislähmung, bei paralytischen Klump- und Plattfüßen.

3) Herr Joachimsthal: a. Geheilte angeborene Hüft- und Kniegelenksluxation.

J. sah das jetzt 3jährige Mädchen bald nach der Geburt, wo es ihm wegen eines Genu recurvatum congenitum zugeführt wurde; das Bein ließ sich hyperextendieren bis zu einem Winkel von 130°. Dieses Leiden heilte spontan wie gewöhnlich; nach 2 Jahren, als J. die Hüftgelenksluxation in Behandlung nahm, die an demselben Beine bestand, wurde das Knie normal gestreckt. Die Hüftverrenkung heilte nach der Reposition und Fixation in Abduktionsstellung innerhalb eines Vierteljahres. Demonstration.

b. Über den Pes valgus congenitus.

Geringgradige Plattfüße sind nach Küstner's Erhebungen bei Neugeborenen nicht selten; hochgradige sind selten. J. demonstriert ein Kind, das er im Alter von 4 Wochen mit einem doppelseitigen, hochgradigen Pes valgus in Behandlung bekam, nachdem er es 10 Monate hindurch mit redressierenden Verbänden behandelt hat. Die Deformität, die so hochgradig war und mit so starker Abduktion des Vorfußes einherging, daß bei nach vorn gerichteter Patella die kleine Zehe rechtwinklig zum Unterschenkel stand, ist jetzt ausgeglichen. Interessant ist dabei, daß auch die Längenverhältnisse der Zehen sich geändert haben; ursprünglich erschien die große Zehe erheblich kürzer. Die Änderung dieses Ver-

hältnisses durch die Korrektion der Stellung zeigt, daß es sich nicht um eine reelle Verkürzung handelte, sondern daß eine scheinbare, durch Gelenkverschiebung bedingte Verkürzung vorlag.

c. Angeborener Oberschenkeldefekt und Coxa vara.

J. zeigt ein Kind mit hochgradiger Verkürzung des Oberschenkels, bei dem zuerst auf Grund des Röntgenbildes ein angeborener Defekt des Oberschenkels angenommen wurde; es fehlte der Oberschenkelkopf und der proximale Teil der Diaphyse. Spätere Aufnahmen des Beines zeigten, daß der Defekt des Oberschenkels nicht so hochgradig war, als es zuerst auf Grund des Röntgenbildes schien; ein Teil der zuerst nicht sichtbaren Diaphyse erschien nach verspätet eingetretener Ossifikation auf den späteren Bildern und zeigte sich im Sinne der Coxa vara verkrümmt. Die weitere Kontrolle mit Hilfe des Röntgenbildes dürfte bei fortschreitender Ossifikation wahrscheinlich auch ein Vorhandensein des Kopfes ergeben, so daß die Mißbildung also nicht als angeborener Oberschenkeldefekt, sondern als hochgradige Coxa vara congenita mit Fortsetzung der Verkrümmung auf den proximalen Teil des Oberschenkels zu deuten ist.

4) Herr Hoffa: Über Schenkelhalsbrüche im kindlichen und jugendlichen Alter.

Nach Besprechung der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen teilt H. 11 eigene Fälle ihrem Verlaufe und der bei ihnen eigeschlagenen Therapie nach mit unter Demonstration der von ihnen aufgenommenen Röntgenbilder.

In den 7 älteren Fällen mußte wegen schlechter Stellung des Beines, anhaltender Schmerzen eine operative Behandlung (Resektion mit nachheriger Einstellung des Trochanters in die Pfanne, Osteotomia subtrochanterica) eingeschlagen werden, die immer gute definitive Resultate ergab. H. faßt zum Schlusse das Ergebnis seiner Erfahrungen und Studien über die Schenkelhalsbrüche im kindlichen Alter zusammen: Es handelt sich meist um traumatische Lösungen der Schenkelkopfepiphyse, selten um Brüche im Schenkelhalse selbst. Es kommen vollständige und unvollständige Schenkelhalsbrüche und ebenso vollständige Zerreißungen der Epiphyse und anfänglich nur in einer Lockerung bestehende Epiphysenlösungen mit mehr oder minder ausgedehnter Zerreißung des Periosts vor; im ersteren Falle wird der stumpfe Schenkelhalswinkel in einen mehr rechten verwandelt, im letzteren stellt sich die Epiphysenebene oft nahezu vertikal.

Es waren außer schweren Gewalten oft nur geringfügige Traumen vorangegangen. In manchen Fällen lag hier bereits eine krankhafte Veränderung vor, nämlich eine typische Coxa vara; die Pat. hatten schon vorher über Hüftschmerzen geklagt oder hatten schon vor der Verletzung gehinkt. Da bei der Coxa vara die Epiphysenlinie nahezu vertikal verläuft, so ist es begreiflich, daß sie sich bei Beanspruchung auf Biegung leicht löst. Die Erscheinungen sind zunächst geringgradig; stärkere Beschwerden stellten sich erst nach einer Reihe von Wochen und Monaten ein.

Die richtige Diagnose ist selten gleich gestellt worden. Die erste Diagnose wurde gewöhnlich auf Kontusion der Hüfte gestellt, später wurde gewöhnlich eine Coxitis angenommen; die in falscher Stellung des Beines ausgeheilten Fälle wurden als statische Schenkelhalsverbiegung aufgefaßt. Als Symptome, die bald nach der Verletzung bestehen, sind zu nennen: Stellung des Beines in leichter Flexion, Außenrotation und Adduktion, Hochstand des Trochanters etc., später finden wir die typische Coxa vara. Gegenüber der tuberkulösen Coxitis ist bemerkenswert das Fehlen der reflektorischen Muskelspasmen. Den genaueren Sitz der Fraktur weist das Röntgenbild nach.

Die Prognose ist ungünstig, einmal weil oft eine knöcherne oder bindegewebige Heilung vollständig ausbleibt, oder weil die Heilung unter stärkerer Dislokation der Fragmente erfolgt, oder weil sich noch sekundär durch die Belastung eine Coxa vara ausbildet.

Die Behandlung wird in der ersten Zeit in Extension resp. Gipsverband nach Korrektur der Stellung bestehen; nach der Konsolidation soll man noch 1 Jahr einen Schienenhülsenapparat mit Beckengürtel und Abduktionsvorrichtung tragen

lassen. Hat sich eine Deformität ausgebildet, so kommt man in leichteren Fällen mit orthopädischer Behandlung aus, schwerere erfordern die Resektion oder die subtrochantere schiefe Osteotomie.

5) Herr Pfeifer: Multiple chronische Gelenkentzündungen im Kindesalter.

Nach Mitteilung der Krankengeschichte eines typischen, zu Ankylosen und Kontrakturen der verschiedensten Gelenke führenden Falles skizziert P. diese von vornherein chronisch verlaufenden Gelenkrheumatismen, die Arthritis chronica villosa und die Arthritis ankylopoëtica. Während bei ersterer hauptsächlich die Kapsel verdickt und gewuchert ist, ist bei letzterer außer der Kapsel, die frühzeitige Neigung zur Schrumpfung zeigt, der Knorpel stärker beteiligt. Diese primären chronischen Gelenkrheumatismen beginnen fieberlos und allmählich in den kleinen Gelenken der Extremitäten und führen zur Ankylose oft sämtlicher Körpergelenke.

Der chronische Gelenkrheumatismus kann auch aus einem akuten entstehen; häufig konstatiert man dabei Klappenläsionen; mit der Zeit treten hier Stillstände und Heilungen ein. Am seltensten wurde im Kindesalter die Arthritis deformans beobachtet; dieselbe war meist aus polyartikulären Gelenkentzündungen nach akuten Infektionskrankheiten hervorgegangen. Auch die Strepto- und Staphylomykose und die Osteomyelitis kann zu multiplen chronischen, deformierenden Gelenkentzündungen führen.

Therapeutisch kommen hauptsächlich die physikalischen Heilmethoden und die Apparatbehandlung in Betracht. Bei Ankylosen größerer Gelenke hat Hoffa mehrfach mit Erfolg das Einlegen von resorbierbaren Magnesiumplatten angewandt.

6) Herr Engelmann: Zur Kasuistik der Spontanluxationen des Hüftgelenkes.

Das 10jährige Mädchen erkrankte im September v. J. an Typhus; in der 6. Woche stellten sich Schmerzen in der linken Hüftgegend ein, das Bein wurde in Beuge- und Adduktionsstellung ruhig gelagert. Anfang November wurde eine typische Luxatio iliaca festgestellt, die spontan im Gefolge der typhösen Coxitis aufgetreten war. Der Eintritt der Verrenkung war von der Pat. nicht bemerkt worden. Es wurde die unblutige Einrenkung wie bei einer kongenitalen Luxation vorgenommen. Der Trochanter stand $4^1/_2$ cm über der Roser-Nélaton'schen Linie; der Einrenkung wurde eine manuelle Extension des Beines vorhergeschickt; schon bei den ersten pumpenschwengelartigen Bewegungen trat der Kopf mit lautem Geräusch in die Pfanne. 3 Wochen Gipsverband. Heilung. (Demonstration.)

Herr König bemerkt, daß in seinen Fällen von Spontanluxation nach Typhus die Reposition nach dem Modus derjenigen bei traumatischer Luxation ausgeführt wurde.

7) Herr Becher: Über den Zusammenhang zwischen Thoraxdeformitäten, Skoliosen und adenoiden Vegetationen des Nasen-Rachenraumes.

B. hat diesen von Redard aufgestellten Symptomenkomplex in ca. 6% der Fälle gefunden, der bei Kindern von 6—12 Jahren aufzutreten pflegt. Es handelt sich um leichte habituelle Skoliosen in den verschiedensten Formen, die sich entwickelten, nachdem schon seit längerer Zeit Thoraxdeformitäten bemerkt worden waren, nämlich muldenförmige Einziehung über dem unteren Drittel des Sternum, flache Einziehungen der seitlichen unteren Thoraxpartien, ohne daß Zeichen von Rachitis bestehen. Daneben erkennt man bereits durch den Aspekt (Gesichtsausdruck etc.) und aus sonstigen Symptomen das Vorhandensein adenoider Vegetationen, die ebenfalls bereits seit Jahren Erscheinungen machten. Daß die adenoiden Vegetationen diese Knochenveränderungen zur Folge haben, erklärt sich aus dem Einflusse, den sie auf den allgemeinen Ernährungszustand (Anämie, schlaffe Muskulatur) haben. Nach ihrer Entfernung geht die Skoliose unter Anwendung von Massage und Turnübungen zurück. Auch anderen nasalen Erkran-

kungen, die die Respiration behindern, erkennt B. eine Rolle in der Ätiologie der geschilderten Deformierungen zu.

Herr König ist der Meinung, daß der Einfluß der Rachitis nicht genügend gewürdigt ist. Er glaubt, daß die Behinderung der Atmung, wie sie die adenoiden Vegetationen verursachen, nur dann zu den genannten Deformierungen führen werde, wenn die Knochen abnorm weich sind.

Herr Hoffa bemerkt, daß in den Fällen, die als Grundlage der Becher-schen Ausführungen dienten, Zeichen von Rachitis gerade mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden konnten. **R. Wolff** (Berlin).

---

28) **Bossart** (Aarau). Zur Chloräthylnarkose.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 19.)

Verf. berichtet über 157 Chloräthylnarkosen mit der Niereker'schen Maske. Auch er hat, wie Seitz, einen Todesfall erlebt, und zwar bei einem wegen Kehlkopfdiphtherie zu tracheotomierenden Kinde. Er empfiehlt indes diese Narkose für kurze Eingriffe. **P. Stolper** (Breslau).

29) **N. J. Napalkow.** Zur Frage von der kombinierten Bromäthyl-Chloroformnarkose.

(Chirurgie 1902. August. [Russisch.])

In der Iwerski'schen chirurgischen Klinik wurde diese Narkose 559mal angewendet. Die mittlere Dauer betrug bei Männern 44,2 Minuten, bei Frauen 40,7; es wurden dabei 7,7 resp. 7,2 Bromäthyl und 34,2 resp. 27,4 Chloroform verbraucht, also 0,77 resp. 0,67 Chloroform in der Minute. Die Narkose trat nach 5,9 resp. 5,1 Minuten ein. Erbrechen wurde in 27% beobachtet, Asphyxie in 4,5%, Pulsfallen 2,9%. Nach der Operation erfolgte Erbrechen in 49,9% der Fälle.

Gückel (Kondal, Saratow).

30) **W. M. Platonow.** Die Rückenmarksanästhesie.

(Chirurgie 1902. Oktober. [Russisch.])

Im Stadtkrankenhause zu Jekaterinodar wurden 1899—1901 283 Pat. unter Rückenmarksanästhesie operiert. Injiziert wurden 1/2—2% Cocain, 2—5% Tropacocain und 4—6% Eukain. P. spricht sich gegen das Tropacocain und für das Eukain aus. Die Analgesie beginnt am Peritoneum, geht auf die Genitalien, die unteren Extremitäten, endlich auf den Bauch über; der Rückgang nimmt den umgekehrten Weg. 21mal mußte später die Allgemeinnarkose angewandt werden. Erbrechen wurde unter 201 Operationen 42mal beobachtet. In 50% verlief die medullare Narkose ganz glatt. Die Temperatur blieb 17mal normal, stieg in 42 Fällen bis 37,5°, 2mal bis 40,2°; in den übrigen Fällen schwankte sie zwischen 37,5—39,5°. Fast in der Hälfte der Fälle wurden nach der Operation Kopfschmerzen beobachtet. Die Rückenmarksanalgesie hat eine glänzende Laufbahn vor sich, muß aber noch vervollkommnet werden.

Gückel (Kondal, Saratow).

31) **S. W. Kofman.** Über sog. subkutane Prothesen nach Gersuny.

(Chirurgie 1902. September. [Russisch.])

K. wandte die subkutane Injektion von Paraffin mit einem Schmelzpunkt von 36—40° in folgenden Fällen an: 4mal Korrektion einer Sattelnase, 1mal einer entstellenden Narbe an der Stirn, 1mal einer Fistel zwischen Mund und Nasenhöhle, 1mal nach Amputatio mammae zur Bildung einer Art neuer Brustdrüse, endlich in einem Falle von Descensus uteri. In letzterem Falle rief aber die Injektion von 30,0 Paraffin Lungenembolie hervor, der Pat. nach 24 Stunden erlag. In einem Falle von Nasenplastik trat Dermatitis, in einem zweiten Ödem auf, doch ging der Prozeß bald zurück. Im 3. Falle von Nasenplastik überstand Pat. nach 1/2 Jahre Erysipel des Gesichts, wobei die Form der Nase unverändert blieb. In

allen Fällen außer dem tödlich verlaufenen ist K. mit dem Resultate sehr zufrieden. **Glückel** (Kondal, Saratow).

32) E. Braatz. Zur Dampfdesinfektion in der Chirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 541.)

Die Arbeit bringt eine Fortsetzung, Aufrechterhaltung und Erweiterung der ungünstigen Kritik, die B. an den Schimmelbusch-Lautenschläger'schen, wesentlich durch die v. Bergmann'sche Klinik populär gewordenen Dampfdesinfektionsapparaten zu üben begonnen hat (cf. d. Bl. 1901 p. 348) und die Borchard abzuwehren versucht hatte (cf. d. Bl. 1902 p. 256). Der Inhalt von B.'s Ausführungen entspricht im wesentlichen dem des von ihm auf dem diesjährigen Chirurgenkongresse gehaltenen Vortrages, der in den Kongreßverhandlungen p. 666 erschienen, in unserem Blatte aber nur unvollständig referiert ist. Der erste Tadel, den B. an dem Lautenschläger'schen Apparat übt, ist, daß derselbe mit einer Vorwärmung der Desinfektionsobjekte beginnt, was statt, wie Schimmelbusch meinte, ein Vorzug zu sein, für B. einen bedeutenden Nachteil bedeutet, wie er genauer zu beweisen sucht. Es liegt kein Grund vor, die Dampfzuleitung von oben mit den für diesen Zweck erforderlichen umständlichen und kostspieligen Vorrichtungen zu erzwingen, vielmehr ist ein Apparat, in dem der Dampf unten eintritt und oben unter dem lose sitzenden Deckel entweicht, vorzuziehen. Schließlich zieht B. den Schimmelbusch'schen, durch Borchard zum Teil verbesserten Verbandstoffbehältern seine eigenen vor.

Der in der Arbeit angeschlagene Ton der Kritik ist stellenweise reichlich scharf. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

33) J. A. Guthrie. Three cases of shark bite.

(New York med. journ. 1902. November 22.)

Verf. berichtet über 3 interessante schwere Verletzungen durch Haifischbiß, die er als amerikanischer Marinearzt zu beobachten Gelegenheit hatte.

Der 1. Fall betrifft einen jungen Marineangehörigen, der bei einer Schwimmübung sich plötzlich von einer unbestimmten Gewalt hinabgezogen fühlte, dann trat ein sehr kräftiger Ruck am linken Knie ein; der Mann konnte aber, ohne zu wissen, was ihm widerfahren, mit dem letzten Aufgebot seiner Kräfte zu dem etwa 15 m entfernten Boote schwimmen. Hier zeigte sich, daß das linke Bein abgerissen war im unteren Drittel des Oberschenkels; Pat. wurde amputiert und geheilt.

Der 2. Fall betraf einen jungen Fischer von Port Isabela de Basilan in den Philippinen; dort werden die Haie mit unbegreiflicher Kühnheit von den Fischern umschwommen und nach dem seichten Wasser zu gejagt, um dort gefangen zu werden; bei dieser Gelegenheit kommen naturgemäß Bisse von Haien vor; bei dem vorliegenden Falle biß der Fisch ein fast die ganze Länge des Oberschenkels umfassendes Muskelstück aus den Extensoren heraus. Der Defekt wurde nicht durch Haut von den braunen Eingeborenen gedeckt, sondern von weißen Amerikanern.

Der 3. Fall ereignete sich unter gleichartigen Umständen; hierbei war die Nase abgerissen; konnte aber durch den sofort geholten Arzt (Verf.) angenäht werden. **Scheuer** (Berlin).

34) Mendel. Das akute circumskripte Ödem.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

M. teilt die Krankengeschichte eines Falles mit, der das von Quincke zuerst scharf charakterisierte Krankheitsbild des akuten circumskripten Ödems bot.

Ein 18jähriges Mädchen hat eine merkwürdige Schwellung am linken Arme von den Fingerspitzen bis zum Ellbogengelenk. An derartigen Schwellungen soll die Pat. von ihrer frühesten Jugend an den verschiedensten Körperteilen gelitten haben, welche in unregelmäßigen Zwischenräumen wiederkehrten. Die Schwellungen traten schnell auf, oft innerhalb weniger Stunden, und waren oft ebenso

schnell, ohne Spuren zu hinterlassen, verschwunden, nicht selten hielten sie aber auch 5—8 Tage an. Sie erschienen oft ohne Ursache, manchmal im Anschlusse an ein leichtes Trauma. Das Leiden ist in der Familie erblich. Der Urgroßvater der Pat. ist ihm unter Erstickungserscheinungen erlegen, ebenso 2 Kinder desselben, ferner eine Tante der Pat. und ihr Vater. — Von 12 Personen in 4 Generationen wurden 9 von der Krankheit befallen, von denen 6 mit Sicherheit dem Leiden erlegen sind. Mit zunehmendem Alter nahm die Krankheit an Intensität und Häufigkeit der Anfälle zu.

Das Mädchen ist sonst völlig gesund. Die geschwollenen Partien sehen gelblich-weiß, wachsähnlich durchscheinend aus, fühlen sich etwas kühler an als die normale Haut und zeigen nirgends Spuren entzündlicher Reizung. Auf Druck sind sie empfindlich; spontan ist nur ein Gefühl der Spannung und Schwere vorhanden. Fingerdruck hinterläßt keine Impression. Sensibilität erhalten. Allgemeinbefinden nicht gestört.

Die Behandlung, welche in Gaben von Aspirin und Bitterwasser bestand, hatte den Erfolg, daß die Anschwellung früher als in früheren Anfällen, schon nach 48 Stunden, geschwunden war. Prophylaktisch wurde Aspirin mit Erfolg weitergegeben, auch 4 Wochen lang nach Aussetzen der Medikation blieb Pat. frei von Anfällen. Dann traten sie wieder auf, das Ödem schwand aber nach Aspirin in 24 Stunden. Nach einer anfallsfreien Zeit sind trotz Orts- und Nahrungswechsel die Anfälle in letzter Zeit, und zwar in gefahrdrohender Weise, an Hals und Gesicht beobachtet.

Verf. faßt die Quincke'sche Krankheit als Morbus sui generis auf. Auf Grund des angeführten Falles und seiner Vorgeschichte ist die Prognose quoad vitam nicht immer günstig zu stellen. Die Erkrankung ist nach M. nicht als eine Angioneurose aufzufassen, sondern als eine Autointoxikation. Er glaubt, daß in unregelmäßigen Zwischenräumen ein gewisses Etwas, das wir bis jetzt nicht kennen, in die Blutbahn dringt und imstande ist, an begrenzten Körperteilen, und zwar besonders an solchen, deren Gefäßsystem bereits durch andere Einflüsse geschädigt ist, eine seröse Durchtränkung des Gewebes hervorzurufen. Die normalen Fäulnisprodukte des Darmes, welche als Lymphagoga zu betrachten sind, besonders wenn sie bei längerem Verweilen im Darme Zeit und Gelegenheit finden, in die Blutbahn einzudringen, sollen die auslösenden Stoffe sein, und die fast stets beobachtete Heredität betrachtet M. als Folge einer angeborenen und ererbten Idiosynkrasie gegen diese im Darme sich bildenden Zersetzungsprodukte

Langemak (Rostock).

35) **Blanchard.** Contribution à l'étude des blessures de l'oreille par balles de revolver.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 48.)

Ein 19jähriger Mann schießt sich mit einem Revolver von 9 mm Kaliber in den rechten Gehörkanal; ohne Bewußtseinsverlust tritt Schwindel, Taubheit, eine geringe und kurzdauernde Ohreiterung mit Facialislähmung auf. Das Geschoß ist objektiv nicht nachweisbar und in Anbetracht des Fehlens drohender, cerebraler Symptome hält es Verf. für angezeigt, von jeder eingreifenden chirurgischen Therapie abzustehen. Unter antiseptischer Behandlung der Otorrhoe und Darreichung von Chinin bleiben allein die Taubheit und Facialislähmung zurück. — Im Anschlusse hieran erörtert Verf. unter ausschließlicher Berücksichtigung französischer Literatur die Symptomatologie der Schußverletzungen des Gehörkanales. Er unterscheidet unmittelbare und spätere Symptome. Bei den ersteren verbreitet er sich ausführlicher über die Synkope, die nicht konstant vorkomme, wie gerade vorliegender Fall beweise, und überdies nicht immer der Schwere der Verletzung entspreche; denn ihr könne sowohl eine Ruptur des Trommelfelles, wie eine Verletzung des inneren Ohres oder des Schädelinhaltes zugrunde liegen.

Therapeutisch empfiehlt B., vorerst eine abwartende Haltung einzunehmen und nur, wenn schwere Komplikationen drohen, einzuschreiten. Hierfür scheinen ihm 2 Wege gangbar: vor oder hinter der Ohrmuschel eingehend, sei es möglich,

das Geschoß zu erreichen. Unseres Erachtens dürfte das letztere Verfahren, ähnlich dem bei der Radikaloperation geübten, eine ungleich größere Übersichtlichkeit verschaffen. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

36) P. van Eeckhaute. Un nouveau cas d'épilepsie nasale.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 49.)

Pat., welcher an »essentiellen« epileptischen Anfällen litt, wurde durch Abtragung einer Spina septi von denselben geheilt. Die Anfälle kehrten wieder, nachdem ein neuer knöcherner Auswuchs sich gebildet; die Entfernung desselben führte zu dauernder Heilung. Die Cocainisierung der betreffenden Nasenpartien hatte vor der Operation ein vorübergehendes Sistieren der Anfälle bewirkt und so auf den nasalen Ursprung der Epilepsie hingewiesen.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

37) T. H. Morse. Two cases of intra-cranial section of the second and third divisions of the trigeminal nerve for severe neuralgia.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 27.)

M. hat in 2 Fällen schwerer Trigeminusneuralgie intrakraniell und peripher vom Ganglion Gasseri die 3 Äste durchschnitten und nach Horsley antiseptisch präparierte Wachsstückchen zwischen die durchschnittenen Nervenenden und in das Foramen ovale und rotundum gepreßt, um eine Wiedervereinigung der durchschnittenen Nervenenden zu verhüten. Der Erfolg war in beiden Fällen ein sehr guter. **Herhold** (Altona).

38) W. Kassel. Zur operativen Behandlung der angeborenen Gaumenspalten mit besonderer Rücksicht auf die funktionellen Erfolge.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

40 Fälle von angeborener Gaumenspalte aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau, von denen 12 totale, 28 partielle waren. Unter letzteren waren 14 mit Spalten des weichen und des hinteren Teiles des harten Gaumens und 12 mit Spalten des weichen Gaumens. Die Operation wurde stets einzeitig ausgeführt und, soweit die Wahl des Zeitpunktes des Eingriffes möglich, im 3. bis 4. Lebensjahre. Bei der Beurteilung der Resultate wird unterschieden zwischen dem operativen und funktionellen Erfolge. Letzterer hängt, abgesehen von dem Intellekt der Pat., hauptsächlich von drei Punkten ab:

1) von der vorhandenen Beweglichkeit des Gaumensegels; dasselbe darf nicht zu kurz und straff sein;

2) dem Verhalten der hinteren Rachenwand — eine Atrophie derselben verschlechtert die Prognose wesentlich;

3) dem Verhalten der Zunge — hier beeinflußt die Hypertrophie die Prognose im ungünstigen Sinne.

Die Resultate der Operation sind, zahlenmäßig ausgedrückt, folgende: Vollkommen lückenlos heilten 25 = 62,5%, fast geheilt waren 11 = 27,5%, ungeheilt 4 = 10%. Kein Todesfall. Die Sprache war bei der Nachuntersuchung wie normal in 8 = 20%, fast wie normal in 8 = 20%, sehr verbessert in 10 = 25%, wenig verbessert in 9 = 25%, nicht verbessert in 4 = 10%. **Coste** (Straßburg i/E.).

39) B. Fuchs. Die Oberkiefer- und Gaumengeschwülste aus den Jahren 1891—1901.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Von den im ganzen in diesem Zeitraume in der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik beobachteten 63 Fällen eigneten sich 48 zur Radikaloperation; der Rest war inoperabel, und es wurden nur palliative Operationen vorgenommen, die meist in Ausschabung der wuchernden Geschwulstmassen bestanden. Folgendes sind die Resultate der 48 Operationen (21 Totalresektionen, 16 partielle Resektionen, 11 Exstirpationen).

Unmittelbar im Anschlusse an die Operation starben 8 = 16,66%.

Festgestellte Residive 17 = 26,66%; dieselben schwanken zwischen 2 Wochen und 2½ Jahren.

Durch Anfrage festgestellte Todesfälle 13.

Nicht festzustellende Endresultate 4.

Dauerheilungen 9.

Doch ist hierbei zu bemerken, daß bei 2 Pat. bei der Nachuntersuchung Residive gefunden wurden, und daß bei 4 seit der Operation erst 6 Monate bis 2 Jahre verflossen waren. Legt man daher den von Martens in seiner Statistik angegebenen Maßstab zugrunde, nach dem als Dauerresultate nur Fälle, welche länger als 5 Jahre residivfrei waren, angesehen werden, so sind im ganzen unter 48 Fällen nur 3 Dauerresultate. Diese sind alle 3 Sarkome, während alle Karzinome Residive bekamen. **Coste** (Straßburg i/E.).

40) **A. Freiberg.** An additional case of typhoid spondylitis.

(American medicine 1902. Oktober 11.)

Der 15jährige Knabe erkrankte während der Rekonvaleszensperiode eines typischen Unterleibstyphus an einer immer mehr zunehmenden Schmerzhaftigkeit und Steifigkeit der Wirbelsäule, besonders des Lendenteiles, mit in den unteren Teil des Bauches und die Oberschenkel ausstrahlenden Schmerzen. Etwa 8 Tage nach Beginn der Erscheinungen fand sich ein deutlicher Buckel der untersten Brust- und obersten Lendenwirbel mit starkem Druckschmerz und diffuser, über die Grenzen des Buckels hinausgehender Schwellung. Unter Behandlung mit Gipsbett in Hyperextension der Wirbelsäule, später mit Gipskorsett, schwanden innerhalb 6 Wochen die Schmerzen, doch blieb noch längere Zeit eine Steifigkeit der Wirbelsäule zurück, und noch nach 10 Monaten war der Buckel unverändert vorhanden.

Es handelte sich demnach um einen entzündlichen Prozeß mit umschriebener Knocheneinschmelzung. Der ganze Verlauf, der Ausgang in völlige Heilung ohne Eiterung, wie es ebenso in allen ähnlichen, bisher veröffentlichten Fällen beobachtet wurde, sprechen dafür, daß es sich nicht um eine tuberkulöse Erkrankung handelte, sondern um Veränderungen, wie sie auch an anderen Stellen am Periost und am Knochen im Verlaufe des Typhus beobachtet werden.

Mohr (Bielefeld).

41) **M. W. Jewreïnow und M. J. Botesat.** Zur Kasuistik der Anomalien der A. carotis communis.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Die Anomalie wurde an einer männlichen Leiche im Präpariersaal gefunden, und zwar an beiden Seiten, doch war rechts ein Teil der Gefäße schon entfernt worden und wird daher ausführlich nur die linke Seite beschrieben. Die A. carotis communis entspringt nicht selbständig aus der Aorta, sondern gemeinsam mit der A. anonyma, von der sie erst 1 cm vom Arcus aortae abzweigt; sie kreuzt die vordere Peripherie der Trachea und teilt sich schon in der Höhe des 7. Halswirbels, 5,5 cm unter dem oberen Rande des Schildknorpels und 2 cm unter dem Tuberculum Chassaignac's in die Carotis externa und interna. Der gemeinsame Stamm ist nur 7,1 cm lang (gegen 13 cm normal). Die Lingualis entspringt an normaler Stelle, die Thyreoidea superior 4,1 cm tiefer (normal nur 1 cm von der Lingualis), also 3,6 cm weiter unten als normal; sie muß hoch nach oben steigen, um in die Schilddrüse zu gelangen. — Die Bedeutung dieser Anomalie für den praktischen Chirurgen ist klar: sie erschwert die Unterbindung der Arterien und macht die Tracheotomie unten gefährlich. **Gückel** (Kondal, Saratow).

42) **Trzebicky.** Zur operativen Behandlung der Lymphome am Halse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

Verf. stellt in seinem Aufsatze sämtliche radikale Lymphomoperationen zusammen, die von ihm und seinem Vorgänger von 1891—1898 ausgeführt worden

sind. Es handelt sich im ganzen um 822 Pat.; 2 davon starben infolge der Narkose, die übrigen wurden alle mit geheilter Wunde entlassen. Ausbruch von allgemeiner Tuberkulose im Anschlusse an den Eingriff wurde nie beobachtet. Nur über 175 Behandelte konnten mit Erfolg Erkundigungen eingezogen werden. Von diesen sind 57,7% dauernd geheilt geblieben, 8,5% haben ein lokales, meist geringfügiges Rezidiv, 22,8% sind der Tuberkulose erlegen, während 10,8% noch leben, aber an fortschreitenden tuberkulösen Prozessen leiden. Frühzeitige Vornahme des Eingriffes und materielle Verhältnisse der Pat. spielen für die Beurteilung der Dauerresultate eine große Rolle. Auf Grund seiner Erfahrung glaubt T. der operativen Therapie der Lymphome das Wort reden zu dürfen, namentlich dann, wenn eine zweckmäßige Allgemeinbehandlung, besonders auch jodhaltige Soolbäder, der Aufenthalt an der Meeresküste nicht geholfen haben. Alsdann sollen alle vergrößerten und dem Messer zugänglichen Drüsen exstirpiert werden. Für den Eingriff selbst ist eine ergiebige Zugänglichkeit zu dem Operationsfelde erforderlich. Zu warnen ist vor übermäßig langer Dauer der Operation. Die präventive Anlegung einer Schlinge um die Vena jugularis ist als gefährlich zu vermeiden. Verf. erlebte einmal in solchem Falle eine tödliche Nachblutung am 10. Tage aus der Stelle, an welcher der Faden gelegen hatte. Verletzungen der Nn. vagus oder accessorius waren stets zu vermeiden; leider verfielen dagegen die unteren Äste des Facialis öfters dem Messer, so daß ein schiefer Mund entstand. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

43) **D. Galatti.** Trachealkanülenbrüche.

(Wiener med. Wochenschrift 1901. Nr. 51.)

Die Kanülenbrüche komplizieren selten die Nachbehandlung nach der Tracheotomie. Der Autor hat im ganzen 24 kurz angeführte Beobachtungen aus der Literatur entnehmen können und fügt einen eigenen hinzu. Bei einem 2jährigen Kinde muß wegen der Schwierigkeiten beim Fortlassen der Kanüle eine Gersuny'sche Trichterkanüle eingeführt werden. Das Schild bricht ab, das Rohr kann aber mit dem Finger von der Wärterin festgehalten werden, bis eine neue Röhre eingelegt wird. **Herm. Frank** (Berlin).

44) **R. Trzebicky.** Zur Kasuistik der Trachealkanülenbrüche.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 7.)

Zu den von D. Galatti zusammengestellten Fällen von Trachealkanülenbruch fügt der Autor noch drei hinzu, davon einen aus eigener Erinnerung. Bei einem 20jährigen Mädchen, welches wegen syphilitischer Striktur tracheotomiert war, war die äußere Kanüle am Schild abgebrochen und in die Luftröhre gefallen. Unmittelbar darauf leichte Extraktion mit der Kornzange. Die beiden anderen Fälle sind von Pieniążek beschrieben. In dem einen trat während der Extraktionsversuche Atmungsstockung ein, welche sich hob, als mit der Pinzette die Kanüle in den rechten Bronchus tiefer hineingeschoben wurde. Leichte Extraktion von der dann erweiterten Wunde. Im zweiten vergebliche Extraktionsversuche und Neueinlegen einer zweiten Kanüle. Nach Erwachen aus der Narkose »spuckte Pat. wieder Erwarten die kleine Kanüle aus«. **Herm. Frank** (Berlin).

45 **J. B. Studzinski.** Ein Fall von Pleuritis interlobaris mit Perforation des Eiters unter die Haut.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 49.)

Pat., 24 Jahre alt, erkrankte am 14. September nach Erkältung unter Symptomen einer linksseitigen Pleuritis. Nach 7 Tagen starker Schweiß Nachts, darauf Schwinden der Schmerzen. Am 27. September zeigte sich am Rücken im 3. Interkostalraum zwischen Wirbelsäule und Schulterblatt eine Geschwulst, die sich nach und nach tiefer senkte. Gleichzeitig wurde der Husten stärker und stieg die Menge des Auswurfes, der eitrig und stinkend und zu einem halben

Glase mit einem Male ausgehustet wurde. Nach 3—4 Tagen wurde er wieder geringer. Am 9. Oktober geringer trockener Husten; am Rücken unter der Haut ein Sack, oben bis zur 2., unten bis zur 8. Rippe, oben 5, unten 9 cm breit, oben Gas, unten flüssigen Eiter mit Staphylokokkus albus in Reinkultur enthaltend. Perkussion und Auskultation ergibt in den Lungen fast normale Verhältnisse, nur im 3. Interkostalraume findet man eine Kommunikation zwischen Bronchus und subkutanem Sack. — Nach und nach wurde der Eiter resorbiert, und am 28. Oktober verließ Pat. vollständig geheilt die Klinik. Interessant sind in diesem Falle: 1) Die frühzeitige Perforation des Eiters unter die Haut, schon am 13. Tage, vor oder wenigstens gleichzeitig mit der Perforation in die Bronchien. Wahrscheinlich waren Verwachsungen der Pleura vorhanden, oder sie hatten sich früh gebildet. 2) Die eigenartige Lokalisation der Perforation — am oberen Ende der interlobären Spalte. 3) Das Fehlen von Pneumothorax — wieder infolge der Verwachsungen zwischen den Pleuren.

Einen Monat nach der Entlassung ist der Zustand sehr gut.

Gückel (Kondal, Saratow).

46) **N. A. Stschegolew.** Über die Thorakoplastik nach Prof. M. S. Ssubbotin's Methode bei chronischem Empyem.

(Praktitscheski Wratsch 1902. Nr. 46 u. 47.)

Die Methode, von Prof. Ssubbotin 1888 vorgeschlagen, besteht in der Resektion kleiner keilförmiger Stücke aus mehreren Rippen vorn am Rande des M. pectoralis major und hinten in der hinteren Axillarlinie. Der auf diese Art mobil gemachte Brustwandlappen wird eingezogen und verkleinert die Empyemhöhle; eine nachfolgende Skoliose (wie nach Estlander's, Schede's u. a. Operation) wird nicht beobachtet. Dieselbe Methode ist 1891 von Quénu in der »Union médicale« vorgeschlagen worden. — S. beschreibt 2 Fälle. Im ersten wurde die Operation an einer 22 Jahre alten, vor 5 Monaten an Influenza, vor $3^1/_2$ Monaten an Pleuritis erkrankten Frau, 2 Monate nach der Pleurotomie gemacht. Die Höhle war 16 cm lang. Infolge eines chronischen Lungenprozesses (ohne Tuberkelbasillen) schloß sich die Fistel erst nach 2 Jahren definitiv. Im zweiten Falle — 28jähriger Mann, Empyem nach Brustwunde — Pleurotomie $2^1/_2$ Monate nach der Verwundung — machte S. die Operation Ssubbotin's $3^1/_2$ Monate nach Beginn der Krankheit. Höhle 13 × 5—6 cm groß. 3 Rippen wurden beweglich gemacht. Nach 6 Wochen schloß sich die Fistel. **Gückel** (Kondal, Saratow).

47) **W. M. Tschekan.** Zur Chirurgie der Lungengeschwülste. Lungensarkom, Metastase in der linken Leistengegend, Pneumektomie, Entfernung des Leistentumors.

(Chirurgie 1902. Oktober. [Russisch.])

Zu Tuffier's 20 Fällen von Pneumektomie (1898) fügt T. noch 8 aus der Literatur und einen eigenen hinzu. Er operierte eine 30jährige Frau, die 6 Monate krank war. Sarkom der rechten Brustwand, Metastase — hühnereigroß — in der rechten Leiste, rasch wachsend. Operation, Entfernung des 15 × 20 × 3 cm großen Geschwulst über den Rippen zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie; Resektion von je 15—20 cm aus der 4., 5., 6. und 7. Rippe. Eröffnung der verwachsenen Pleura, Entfernung der Geschwulst aus der Lunge mit dem Paquelin. Unten ist diese mit dem Zwerchfell verwachsen; daher ging T. hier nicht weiter. Es blieb eine faustgroße Höhle zurück. Tamponade. Entfernung der taubeneigroßen Geschwulst in der Leiste. — Zuerst guter Verlauf, dann zunehmende Schwäche und Tod nach 17 Tagen.

Zum Schluß eine Tabelle der operierten Lungengeschwülste, 7 von Tuffier 1897 in Chirurgie du poumon, 4 von Verf. gesammelt, endlich — als zwölfter — der hier referierte Fall. **Gückel** (Kondal, Saratow).

48) **G. S. Kulesch.** **Über bösartige Neubildungen der Nebenniere und ihre Beziehung zur Addison'schen Krankheit.**
(Russki Wratsch 1902. Nr. 46—48.)

K. beschreibt 2 seltene Fälle, die beide klinisch unter den Symptomen eines Leberkarzinoms verliefen. Im 1. Falle, bei einer 68jährigen Frau, entwickelte sich zuerst in beiden Nebennieren ein Adenoma papillare (Struma maligna), das zahlreiche Metastasen in der Leber, dem Bauchfell, den Nieren, Lymphdrüsen, der rechten Lunge, dem Herzen etc. gab. In diesen Geschwülsten entwickelten sich später kleinkörniger Zerfall des Parenchyms und hyaline Degeneration des Stroma. Auf dem Boden solcher degenerierter Geschwülste entstand eine neue selbständige Neubildung aus der Muscularis der Gefäße, ein kavernöses Myosarkom. Derartige Fälle sind bisher noch nicht beschrieben. Die Adenomknoten enthalten zahlreiche wahre Cysten; infolge Proliferation des die Cysten auskleidenden Epithels erhalten diese Geschwülste Ähnlichkeit mit Papillarcysten anderer Drüsen. Die Cysten können sich also aus dem Gewebe der Struma selbst ausbilden. Außer diesen Elementen enthielten die Nebennierengeschwülste Pigment zwischen und in einzelnen Zellen; den Ursprung derselben läßt Verf. unentschieden.

Im 2. Falle, bei einem 25jährigen Mädchen, fand sich ein Sarcoma gigantocellulare cavernosum der rechten Nebenniere mit zahlreichen Lebermetastasen. Die linke Nebenniere wurde nicht gefunden. — In der Literatur fand K. nur 8 primäre Nebennierensarkome, darunter 1 Melanosarkom, 4 Spindelzellen- und 3 Rundzellensarkome. Riesenzellen waren in keinem Falle vorhanden. Die von K. untersuchte Geschwulst bestand aus Rundzellen mit zahlreichen Riesenzellen bei kavernösem Bau der Gefäße. — Im 1. Falle wurden die großen sympathischen Ganglien im Bauch untersucht und Pigmentatrophie der Nervenzellen, Chromatolyse, Achromatolyse und vollständiger Zerfall der Zellenelemente gefunden; normale Nervenelemente fehlten vollständig. In beiden Fällen fehlte Bronzefärbung. Verf. spricht sich gegen die Neusser'sche Nerventheorie der Symptome des Morbus Addisonii aus und glaubt das Fehlen der Bronzefärbung bei bösartigen Geschwülsten der Nebennieren so erklären zu können, daß diese Geschwülste gewöhnlich zahlreiche Metastasen in den wichtigsten Organen geben und so zu schwerer Schädigung der meisten Funktionen des Organismus führen; im Vordergrunde stehen die Symptome der Neubildung selbst; die anderen Symptome des Morbus Addisonii werden in den Schatten gestellt oder gar vollständig unterdrückt.

Gückel (Kondal, Saratow).

49) **A. Czyzewicz jun.** **Ein Fall von retrosakralem Dermoid.**
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Bei einem 23jährigen Manne fanden sich genau in der Mittellinie der Hinterbacken 7 stecknadelkopfgroße Öffnungen, durch welche die Sonde 1 cm tief in einen gemeinsamen Hohlraum eindrang. Bei der Operation wurde eine taubeneigroße mit dicker, eiterartiger Flüssigkeit und einem Knäuel schwarzer Haare angefüllte Höhle freigelegt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines retrosakralen Dermoides. Verf. bespricht im Anschluß an die Kasuistik die verschiedenen Theorien über die Genese dieses Leidens.

Blauel (Tübingen).

Zweiunddreifsigster Kongrefs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

*Der 32. Kongreß für Chirurgie findet, mit Rücksicht auf den im April tagenden XIV. internationalen medizinischen Kongreß zu Madrid, vom **3. bis 6. Juni 1903 in Berlin** im Langenbeck-Hause statt.*

Von einer Begrüßung der Mitglieder am voraufgehenden Abende ist abgesehen worden. Anmeldungen zur Aufnahme neuer Mitglieder können am Tage vor dem

Beginne des Kongresses an den Verwalter des Langenbeck-Hauses, Herrn Melzer (Berlin N., Ziegelstraße 10—11) gerichtet werden; auch ist der erste Schriftführer, Herr Prof. Dr. W. Körte (Berlin W., Potsdamerstraße 39) solche anzunehmen bereit. Jede schriftliche Anmeldung muß mit der eigenhändigen Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft versehen sein und die genaue Adresse (Namen, Titel, Wohnort) des Vorgeschlagenen enthalten. Formulare für diesen Zweck können von Herrn Melzer bezogen werden.

Die Eröffnung des Kongresses findet Mitwoch, den 3. Juni, Vormittags 10 Uhr, im Langenbeck-Hause statt. An den folgenden Tage werden ebenda Morgensitzungen von 9—12½ und Nachmittagssitzungen von 2—4 Uhr abgehalten werden.

Die Vormittagssitzung am Mittwoch, dem 3. Juni, und die Nachmittagssitzung am Freitag, dem 5. Juni, stellen zugleich Generalversammlungen dar.

In der Generalversammlung am Freitag wird der Vorsitzende für das Jahr 1904 gewählt, ebenso eine Anzahl von Ehrenmitgliedern, für welche Vorschläge Seitens des Ausschusses eingereicht werden sollen.

Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen erbitte ich bis zum 1. Mai an meine Adresse (Marburg i. Hessen, Bahnhofstraße 19). Später einlaufende Meldungen können nicht mit Sicherheit auf Berücksichtigung rechnen. Jeder Meldung ist eine genaue Angabe beizufügen, ob es sich um einen theoretischen Vortrag, um einen solchen mit Demonstration, oder um eine einfache Demonstration handelt. Dabei möge ausdrücklich hervorgehoben werden, daß Vorträge, deren wesentlicher Inhalt bereits anderweitig mündlich oder gedruckt veröffentlicht wurde, höchstens in Form eines knappen Auszuges oder einer kurzen Demonstration zugelassen werden können.

Die Zeit für einen Vortrag ist durch die Geschäftsordnung auf 20 Minuten, diejenige für Bemerkungen in der Diskussion auf 5 Minuten festgesetzt worden.

Von auswärts kommende Kranke können im Königl. Klinikum (Berlin N., Ziegelstraße 5—7) Aufnahme finden. Präparate, Bandagen, Instrumente etc. sind mit Angabe ihrer Bestimmung an Herrn Melzer zu senden.

Derselbe ist auch ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeck-Hauses, Zuwendungen für die Büchersammlung, sowie die Jahresbeiträge der Mitglieder entgegenzunehmen. Zur Vermeidung von Irrungen wird um Aufbewahrung der ausgestellten Quittungen gebeten.

Eine Ausstellung von neuen Instrumenten, Apparaten und Gegenständen der Krankenpflege ist, wie alljährlich, in Aussicht genommen.

Ein Demonstrationsabend wird nur unter der Voraussetzung veranstaltet werden, daß eine genügende Anzahl von Vortragenden sich meldet, welche ihre Vorträge an Projektionsbildern erläutern wollen. Bei Einsendung von Anmeldungen an den Vorsitzenden muß dieser Wunsch ausdrücklich hervorgehoben werden. Zugleich aber ist den Herren Dr. Immelmann (Berlin W., Lützowstraße 72) und Dr. Joachimsthal (Berlin W., Magdeburgerstraße 36) hiervon Mitteilung zu machen, welche sich erboten haben, die nötigen Vorbereitungen zu treffen.

Vorstehendem Einladungsschreiben sind die in der Ausschußsitzung vom 8. Januar d. J. neu durchgesehenen Bestimmungen über den Druck der Verhandlungen des Kongresses beigefügt.

Marburg. **Dr. Ernst Küster.**
Vorsitzender für das Jahr 1903.

Bestimmungen über die Herausgabe der Verhandlungen.

Der Ausschuß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hat am 8. Januar 1903 über die Herausgabe der Verhandlungen der Gesellschaft folgendes beschlossen.

Die gedruckten Verhandlungen sollen eine getreue Wiedergabe des auf dem Kongreß Vorgetragenen bringen, und die Gesellschaft hat ein Recht darauf, zu verlangen, daß alles auf dem Kongreß Gesprochene in den Verhandlungen erscheint.

Die Herren Vortragenden können entweder die Rede stenographieren lassen — oder ihren Vortrag selbst zu Protokoll geben. Der anwesende Stenograph erkundigt sich bei jedem Redner danach, ob mitstenographiert werden soll oder nicht.

Wer es vorzieht, seinen Vortrag selbst zu Protokoll zu geben, ist verpflichtet, das Manuskript entweder sogleich oder bis spätestens 4 Wochen nach dem Kongreß an den ersten Schriftführer (d. z. Dr. W. Körte, Berlin W. 35, Potsdamerstraße 39) einzusenden.

Die Vorträge werden in der Regel in den »Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie« veröffentlicht, und zwar die »größeren Vorträge und Abhandlungen« in Teil II der Verhandlungen und gleichzeitig in Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie, dessen Herausgeber (A. Hirschwald) die Verhandlungen der Gesellschaft umsonst druckt. Die Bestimmung darüber, welche Vorträge in Teil I der Verhandlungen, und welche in Teil II (letztere gleichzeitig in Langenbeck's Archiv) erscheinen, steht dem ersten Schriftführer zu, welcher die Herausgabe der Verhandlungen besorgt.

Von den kleineren Mitteilungen, Demonstrationen und Reden in der Diskussion (Teil I der Verhandlungen) kann die Verlagshandlung Separatabdrücke nicht geben.

Diejenigen Redner, welche ausnahmsweise ihre Vorträge anderweitig zu publizieren wünschen, sind verpflichtet, dem Schriftführer binnen 4 Wochen einen das Wesentliche des Kongreßvortrages enthaltenden Auszug zu übersenden für Teil I der Verhandlungen. Der Ort der ausführlichen Publikation ist darin genau anzugeben.

Die Reden in der Diskussion werden ausnahmslos stenographiert. Das Stenogramm wird den Rednern nach dem Kongreß zugesandt mit dem Ersuchen um event. Korrektur und umgehende Rücksendung an den Schriftführer.

Die gedruckten Verhandlungen werden allen Mitgliedern zugesandt. Zu diesem Zwecke ist es notwendig, bei der Aufnahme neuer Mitglieder die genaue Adresse anzugeben und späterhin jede Veränderung der Stellung und des Wohnortes (Straße) der Mitglieder dem ersten Schriftführer anzuzeigen.

Einladung

zum

2. Kongreſs der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

Der 2. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird ebenso wie der Chirurgenkongreß in der Pfingstwoche, am Dienstag den 2. Juni im Hörsaal der Kgl. chirurgischen Klinik (Ziegelstraße 7—9) abgehalten werden. Die Eröffnung des Kongresses wird Vormittags 9 Uhr stattfinden.

Als Themata, die zur Besprechung kommen sollen, habe ich die Sehnenplastik (Referent Herr Vulpius-Heidelberg) und die Coxa vara (Referent Herr Joachimsthal-Berlin) ausersehen. Willkommen werden für die Diskussion namentlich Beiträge sein, welche sich auf die Technik der Sehnenplastik und die Ätiologie der Coxa vara beziehen.

Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald bei Herrn Prof. Dr. Joachimsthal, Berlin W., Magdeburgerstraße 36 anzumelden. Vorzustellende von auswärts kommende Kranke finden Aufnahme in der Kgl. chirugischen Klinik Sr. Excellenz des Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. v. Bergmann (Ziegelstraße 5—7.)

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit der persönlichen Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft an Herrn Prof. Dr. Joachimsthal, Berlin W., Magdeburgerstraße 36 zu richten.

Berlin.

Albert Hoffa,
Vorsitzender für 1903.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Berlin, **E. Richter**, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 10. Sonnabend, den 7. März. 1903.

(Aus der Poliklinik für orthopädische Chirurgie in Odessa.)

Einiges über die subkutanen Prothesen nach Gersuny.

Von
Dr. S. Kofmann.

Mit großem Enthusiasmus nahm ich die Mitteilung von Dr. Gersuny über seine Paraffinprothesen auf. Ich glaube, daß ich wenigstens in Rußland der erste war, der diese Methode sofort in Anwendung brachte. Es wollte mir glücken, daß ich eine ganze Reihe von geeigneten Fällen zur Operation bekam. Die erste Operation von Sattelnasereparation war von solchem Erfolge gekrönt, daß die

Kollegen liebenswürdigerweise mir sofort mehrere Fälle zur Verfügung stellten. Ich muß sagen, daß je weiter, desto mehr breitete sich auch das Feld der Anwendung dieser Methode aus: Sattelnasen, Gesichtsnarben, Gaumendefekte, Trepanationsdefekte des Warzenfortsatzes und sogar einmal ein Mammadefekt nach Exstirpation eines Brustkrebses waren mit Erfolg operiert. Ich wollte dann der Operation, gemäß Empfehlung von Dr. Gersuny, auch unter den Gynäkologen Propaganda machen, und da hat die Methode fehlgeschlagen.

Es handelte sich um eine Frau der mittleren Jahre, die an einer Endometritis granulosa und leichtem Prolaps litt. An derselben wurde die Abrasio mucosae ausgeführt, und nach 2 Wochen sollte ihr der Scheidenvorfall nach Gersuny weggenommen werden.

Ich arbeitete mit einer 10 g fassenden Spritze. Nachdem ich zwei volle Spritzen in dieselbe Einstichöffnung injiziert hatte und noch im Begriff war, die dritte zu entleeren, fing die Pat. plötzlich zu hüsteln mit dem berüchtigen Husten an. Für mich war es klar, es waren die Zeichen der angehenden Lungenembolie. Nach 24 Stunden ging die Pat. an Lungenembolie zu Grunde.

In der Gynäkologie ist die Gersuny'sche Methode nicht anzuwenden!! »Die Gynäkologen haben überhaupt mit dieser kein Glück gehabt«. Nicht anzuwenden ist sie überall, wo viele Gefäßverzweigungen da sind und überhaupt mit großer Vorsicht und entsprechenden Maßnahmen.

Meine Erfahrungen nach diesem traurigen Fall sind zu Gunsten des Eckstein'schen Vorschlages. Ich verwende jetzt das Paraffin von höherem Schmelzpunkt (57—60°) und montiere auch meine Spritze nach seinem Rate mit einem schlechten Wärmeleiter mit einem Gummimantel. Solche Spritzen verhindern das schnelle Abkühlen des Paraffins mit Sicherheit; die Nadeln müssen recht kurz sein und immer warm gehalten werden. Da dieselben schnell verstopft werden, so muß man immer mehrere vorrätig haben. Als ein unbedingtes Postulat möchte ich empfehlen, zuerst einstechen und mit der Spritze aspirieren (auch Gersuny, d. Bl. 1903 Nr. 1) und, falls kein Blut in der Spritze erscheint, zu injizieren.

Januar 1903.

---

1) **P. Croner.** Beitrag zur Pathogenese des Karzinoms.

(Veröffentlichungen des Komités für Krebsforschung. II. Ergänzungsband zum klinischen Jahrbuch.)

Jena, Gustav Fischer, 1902.

Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, aus den Akten von Versicherungsgesellschaften festzustellen, ob das Karzinom eine erbliche Krankheit sei und ob es daher berechtigt erscheint, denjenigen Menschen eine hohe Versicherungsprämie aufzuerlegen, in deren Familie Todesfälle an Karzinom vorgekommen sind. Zum Vergleich zieht er die Tuberkulose heran und stellt fest, daß die

Sterblichkeit an Karzinom mit der Zeit gestiegen, die an Tuberkulose gesunken ist; es scheint ferner, daß alternierend die Sterblichkeit an Karzinom zunimmt, wenn sie für Tuberkulose geringer wird, und gelegentlich auch umgekehrt. Verf. verneint nun die Frage einer Krebsdiathese. Nur in 9,3% der Fälle trat das Karzinom in einer belasteten Familie auf, in 90,7% war die Familie frei von erblicher Belastung. Die Möglichkeit der Kontagiosität erkennt er an, da in 64,3% der Fälle das später an Krebs verstorbene Kind noch im Elternhause lebte, als ein Mitglied seiner Familie an Karzinom starb.

Schmieden (Bonn).

---

2) **E. v. Leyden.** Über die Parasiten des Krebses.

(Veröffentlichungen des Komités für Krebsforschung. II. Ergänzungsband des klinischen Jahrbuchs.)

Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

v. L. weist auf seine früheren Veröffentlichungen hin und stellt sich nochmals entschieden auf den Standpunkt, daß der Krebs eine parasitäre Krankheit sei. Als seinen Erreger erblickt er ein rundes Gebilde, das er häufig innerhalb von Karzinomzellen gefunden hat und das er in seinem Aussehen mit einem Vogelauge vergleicht. Seine Amöbe unterscheidet sich deutlich vom Zellkern. Die parasitäre oder »biologische« Theorie bezeichnet er als die einzig mögliche; sie stützt sich auf die Unzulänglichkeit aller bisher aufgestellten Theorien; den Einwurf der fehlenden Züchtung seiner Mikroorganismen stellt er als unbegründet hin; diese könne vorläufig noch gar nicht erwartet werden. L. ist es gelungen, bei Hunden Karzinome von einem Tier auf das andere zu überimpfen; dies sei aber keine Transplantation; denn eine Geschwulst könne nur da entstehen, wo mit der Zelle gleichzeitig der Parasit übertragen würde. Einen zwingenden Beweis könne er freilich noch nicht bringen.

Dem Vortrage ist eine Tafel mit Abbildungen beigegeben, welche Krebszellen mit ihren Einschlüssen darstellen.

Schmieden (Bonn).

---

3) **W. Wolff.** Hämatangiome und Karzinom.

(Veröffentlichungen des Komités für Krebsforschung. II. Ergänzungsband des klinischen Jahrbuchs.)

Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

W. hat bei 312 Pat. der Charité, darunter 12 Krebskranken, die Anzahl und das Vorkommen der Hämatangiome festgestellt und kommt ebenso wie Gebele zu der Ansicht, die Leser'sche Anschauung, daß sie für Karzinom pathognomonisch seien, sei unbegründet.

Schmieden (Bonn).

---

4) **F. Blumenthal.** Die Beurteilung der Diagnose, des Sitzes und der Prognose des Krebses durch die Untersuchung des Harns.

(Veröffentlichungen des Komités für Krebsforschung. II. Ergänzungsband zum klinischen Jahrbuch.)

Jena, **Gustav Fischer**, 1902.

Verf. stellt eine große Anzahl chemischer Einzelbeobachtungen aus der Literatur zusammen, auf die im einzelnen in einem kurzen Referat nicht eingegangen werden kann. Zum Schluß stellt er fest, daß enorme Indikanurie für Magenkarzinom, Albumosurie und Diazoreaktion für Ulceration der Karzinome sprechen; Milchsäureausscheidung für Leberkarzinom; Zucker für Pankreaskarzinom oder Karzinom in den nervösen Zentren; starke Vermehrung der Harnsäure im Verhältnis zur Gesamtstickstoffausscheidung für ein Karzinom in den nucleinreichen Organen, Leber, Pankreas etc.

Schmieden (Bonn).

---

5) **Wilms** und **Sick.** Die Entwicklung der Knochen der Extremitäten von der Geburt bis zum vollendeten Wachstum.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Ergänzgsbd. IX.)

Hamburg, **Graefe & Sillem**, 1902.

Da einerseits die bisherigen Angaben über das Auftreten der Knochenkerne in den Hand- und Fußwurzelknochen wie in den Epiphysen der langen Knochen wenig genau erschienen, andererseits es leicht möglich ist und schon häufig genug der Fall gewesen, daß Unkenntnis der Röntgenbilder aus der Wachstumsperiode des Menschen falsche Deutung von Skiagrammen veranlaßt hat, die als Bilder von Knochenbrüchen angesehen wurden, während es sich doch nur um normale Schattenbilder handelte, haben die beiden Autoren es unternommen, eine große Anzahl Röntgenaufnahmen aus den ersten zwei Dezennien zusammenzustellen und sie mit kurzen Kommentaren zu begleiten, die auf das Charakteristische der Bilder aufmerksam machen, und auch auf die Ergebnisse anderweitiger Forschungen auf dem behandelten Gebiete hinzuweisen. W. behandelt die obere Extremität, S. die untere.

Es hat sich nun ergeben, daß in der Zeit des ersten Auftretens der Knochenkerne nicht unbeträchtliche Schwankungen bestehen, doch pflegen im Durchschnitt in den Handwurzelknochen (Os capitatum) die ersten Kerne am Ende des 4. oder im 5. Monats aufzutreten — bei Rachitikern später —, während die untere Radiusepiphyse erst bei Kindern von $1^1/_4$—$1^1/_2$ Jahren einen Schatten gibt, die Epiphysen der Finger im Anfang des dritten Jahres zu verknöchern beginnen. Der Metakarpus des Daumens verhält sich dabei wie eine Phalange, nicht wie die übrigen Metakarpalknochen. Erst im 7. Lebensjahre sind alle Handwurzelknochen — mit Ausnahme des spät verknöchernden Erbsenbeins — in Ossifizierung begriffen. Im

17. oder Anfang des 18. Jahres verschwinden in der Regel die Epiphysenlinien der Finger und Metakarpalknochen, am Ende des 18. Jahres die am unteren Ende von Radius und Ulna. — Erkrankung der Knochen und Gelenke kann die Verknöcherung höchst wahrscheinlich beschleunigen.

Besonders zahlreiche, auch durch Schemata erläuterte Skiagramme gibt W. vom Ellbogengelenk, weil bei der Kompliziertheit seiner Ossifikationsvorgänge die Deutung von Knochenbrüchen bezw. Absprengungen kleiner Knochenstücke im jugendlichen Alter ihre großen Schwierigkeiten hat. Der erste Knochenkern — am unteren Humerusende, Eminentia capitata — pflegt im Alter von $2^1/_2$ Jahren aufzutreten, der des Capitulum radii im 6.—7., der des Epicondylus int. im 8.—9. Jahre, etwas später der im Olecranon. In der Zeit vom 11.—13. Jahre treten hinzu die Knochenbildungen in der Trochlea und dem Epicondylus externus, und zwar diese meist in so unregelmäßig bizarren Formen, daß Absprengungen, ja ausgedehnte Frakturen vorgetäuscht werden können. Allmählich kommt es dann zur Verknöcherung aller Epiphysen, die im 19.—20. Jahre in der Regel vollendet ist.

Im Oberarmkopf erscheint gegen Ende des 1. Jahres ein erster, gegen die Mitte des 2. Jahres ein zweiter Knochenkern, dieser zum Tuberc. maj. gehörig. Beide vereinigen sich im 4.—6. Jahre miteinander, die Epiphysenlinie gegen die Diaphyse pflegt zwischen dem 18.—20. Jahre zu verknöchern. In der Zeit vom 16.—18. Jahre treten zugleich 3—5 Knochenpunkte im Akromion auf, die leicht mit Absprengungen verwechselt werden können. Auch sie pflegen im 20. Jahre untereinander und mit der Akromiondiaphyse fest vereinigt zu sein.

An den Unterextremitäten können bei der Geburt sogar noch einige Diaphysenkerne in Phalangen der 5. Zehe fehlen; die Epiphysenkerne der Phalangen treten zwischen dem 3. und 5. Jahre auf. Auch am Fuß verhält sich der Metatarsus der großen Zehe wie eine Phalange. Der Neugeborene besitzt schon die Knochenkerne von Talus und Calcaneus; zu letzterem gesellt sich im 8. Lebensjahre noch ein accessorischer Kern an der hinteren Seite. In den ersten Monaten nach der Geburt bildet sich der Kern im Os cuboides, die Keilbeine verknöchern nach dem 1. Lebensjahre, das Kahnbein erst im 3. — Der Kern der oberen Tibiaepiphyse ist bisweilen schon bei der Geburt zu sehen, im 13. Jahre tritt von dieser oberen Epiphyse aus ein schnabelförmiger verknöchernder Fortsatz nach abwärts, um die Tuberositas zu bilden. Gegen das 20. Jahr pflegt die obere Epiphyse mit der Diaphyse knöchern verwachsen zu sein. Die untere zeigt ihre erste Verknöcherung im 2. Jahre. In der Fibula geschieht dies unten im 2., oben wie in der Kniescheibe im 5. Jahre. Bekanntlich findet man in der unteren Femurepiphyse den Knochenkern fast immer beim Neugeborenen; im 20. Lebensjahre pflegt sie mit dem Schaft zu verschmelzen. Im Oberschenkelkopf pflegt der Kern im

10. Lebensmonate sichtbar zu werden, im 18. Jahre der Kopf mit dem Halse zu verschmelzen, wie auch der Trochanter major, dessen Knochenkern sich zwischen dem 4.—8. Jahre zeigt, erst etwa im 11. der des Trochanter minor. — Endlich folgen nach Angaben über die Sesambeine und besondere Variationen am Fußskelett: Os trigonum, tibiale ext., peroneum, metatarseum u. a., letztere wesentlich nach den Studien von Pfitzner.

Die Beschaffenheit der Abbildungen ist tadellos.

Richter (Breslau).

---

6) **R. Jicinsky.** Experimental investigations with Röntgen rays upon living tissue.

(New York. med. journ. 1902. November 15.)

Verf. geht von der Ansicht aus, daß die Röntgenstrahlen einen spezifischen Entzündungsprozeß oder eine elektrochemische Entzündung hervorbringen, wodurch die heilende Wirkung ihre Erklärung finden könnte; er experimentierte zu diesem Zwecke mit je 10 Meerschweinchen und 10 Ratten, die er täglich den Strahlen aussetzte, und zwar anfänglich 10 Sekunden, später 10 Minuten lang, wobei er die Röhre in immer kürzer werdenden Abständen an das Tier heranbrachte. Die Meerschweinchen begannen ihr Haar nach der 20. Exposition zu verlieren, und bei 2 Tieren trat Necrobiosis auf, jedoch war die Wirkung individuell ganz verschieden; 3mal kam es zu einfachem Erythem mit nachfolgender Dermatitis. Die Ratten waren unter der Bestrahlung in längerer Beobachtung und waren nach 28 Expositionen noch in guter Verfassung. Eine Ratte verlor ihr Haar nach der 32. Exposition; nach 34 Expositionen hatte Verf. 2 Fälle von schwerer Necrobiosis, wobei er eine sehr weiche Röhre unter starkem Strom angewendet hatte.

Bei dem Studium der direkten anatomischen Veränderungen konnte Verf. feststellen, daß mit der Länge der Belichtung und steigender Stromstärke der Widerstand der Tiere entsprechend sank. Die Sektion der verendeten 2 Meerschweinchen ergab Degeneration der grauen Substanz in den hinteren Abschnitten des Rückenmarkes und den Hinterhörnern der grauen Substanz; der Spinalkanal schien infolge von Hämorrhagien erweitert; beide Tiere hatten starke Verbrennungen entlang der Wirbelsäule. Die mikroskopische Untersuchung zeigte einen Entzündungsprozeß mit Bildung von fibrösem Gewebe. Die Wände der Blutgefäße, speziell die Intima, waren geschwollen und die Lichtung verengt, die Nerven waren zerstört. In Bezug auf die Reihenfolge der Schädigungen nimmt Verf. an, daß zunächst die vasomotorischen Fasern betroffen werden unter entsprechender Reaktion in den Gewebszellen; es bestände also eine nervöse Affektion oder eine atrophische Neurose mit Mortifikation.

Die Röntgenstrahlen üben nicht nur auf die Haut einen reizenden Einfluß aus, sondern durchdringen auch die darunter liegenden Gewebe mit einer Art elektrochemischer Wirkung, wodurch eine Ge-

websregeneration, eine Proliferation oder andere Gewebsveränderungen hervorgebracht werden. Bestimmend für die spezielle Wirkung sind drei Faktoren:

1) der Zustand der Zellen, ihre Widerstandskraft,
2) die Stärke der Strahlen,
3) der Charakter der Strahlen.

Ist der Reiz nur gering, so kehren die Zellen zu ihrer normalen Verfassung zurück, ist er langdauernd oder sehr stark, so kommt es zu Regeneration, Absorption oder totaler Zerstörung der Zelle. Die Destruktion beginnt mit einer Zersetzung des Hämoglobins der ausgetretenen roten Blutkörperchen oder einfacher Hautpigmentierung und endet mit dem Tode einer abgegrenzten Gewebspartie. Der Tod ist verursacht durch eine andauernde Stase in den Blutgefäßen. Da der Widerstand der Gewebe im einzelnen Individuum ein verschiedener und auch zu Zeiten wechselnd ist, so erklären sich die Verschiedenheiten des Reagierens der einzelnen Individuen.

Für die Praxis ist wichtig, daß blauäugige, blonde Individuen empfindlicher sind als dunkle, ebenso solche mit Spinalläsionen, anämische und hysterische; oft rufen zu häufige Applikationen Schwächezustände hervor, alle akuten Hauteruptionen werden verschlechtert. Einen absorptiven Einfluß sahen wir bei Gelenkstuberkulosen, bei Blutextravasaten.

Am Schlusse seiner Arbeit gibt Verf. noch eine Reihe von Anweisungen zum Gebrauche bei Röntgenbestrahlungen.

Scheuer (Berlin).

---

7) **R. Olshausen.** Wider die Drainage.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 2.)

O. legt in vorliegender Arbeit die Gründe dar, welche ihn bestimmten, bei Abdominaloperationen die Drainage prinzipiell fallen zu lassen und regt durch Mitteilung seiner Statistik namentlich anders denkende Operateure zu vergleichenden Untersuchungen an. Im allgemeinen ist die früher so beliebte Drainage in den letzten Jahren von Gynäkologen und Chirurgen (Chrobak, Zweifel, Kocher, v. Mikulicz) eingeschränkt worden. O. selbst hat in 20 Jahren nur 5mal die Tamponade zur Blutstillung bezw. Drainage angewendet. Man verlangt im allgemeinen von der Tamponade (Drainage) die Ausschaltung eines infektiösen Herdes zur Verhütung allgemeiner Peritonitis und wendet sie gewöhnlich an:

1) wenn bei der Operation Eiter in die Bauchhöhle gelangt,
2) wenn Reste von Geschwülsten oder Abszeßmembranen ungelöst zurückbleiben,
3) bei penetrierenden Verletzungen des Darmes und der Blase,
4) wenn Stoffe (Geschwulstinhalt, Gewebssaft) in den Bauch gelangten, welche eventuell für Bakterien als guter Nährboden dienen können.

Von seinen 1555 Laparotomien der letzten 6 Jahre zählte O. nur 114 schwere Fälle = $7^1/_2\%$, welche diesen Bedingungen entsprechen, von ihm aber ohne Drainage erledigt worden sind. Die Sterblichkeit, die durch Zufälle (Embolie, Magenperforation) ververschlechtert wird, ist nicht erheblicher, als die z. B. von Schauta bei Anwendung der Drainage erzielte. Im wesentlichen waren nur die Operationen bei frischer Peritonitis mit multiplen eitrigen Exsudaten, so wie die bei Darmverletzungen gefährlich. Im übrigen war der Verlauf nach eitrigen Operationen (meist Pyosalpinxfälle) oft fieberfrei und reaktionslos. Die Gonokokken im Tubeneiter erwiesen sich als relativ harmlos und verlieren nach 9—12monatlichem Abwarten ihre Virulenz. Bösartiger sind die vom Darm durchgewanderten Mikroben in Ovarialabszessen und vereiterten Geschwülsten, am bösartigsten jedoch ist der Streptokokkeneiter bei Peritonitis und frischen Verletzungen.

O. glaubt, alle 4 genannten Indikationen der Drainage verwerfen zu müssen; denn sie drückt die primäre Sterblichkeit nicht herab, weil sie eben weder ausschalten noch ableiten kann. Die Infektion ist gewöhnlich bereits eine allgemeine, bevor die Drainage in Wirkung tritt. Dagegen kann jeder Drain im Bauch die Veranlassung einer Sekundärinfektion werden. O. sieht das Heil der Zukunft, abgesehen von strengster Asepsis und Indikationsstellung, in dem bewußt trockenen Operationsverfahren bei Beckenhochlagerung. Bauchfell und Nachbarorgane werden durch sorgfältige Umstopfung geschützt. Der Eiterherd wird vorsichtig und unzerplatzt gelöst und entfernt. Ist eine Eröffnung des Herdes notwendig oder trotz Vorsicht eingetreten, so muß der Eiter mit Gazetupfern aufgesogen und vollständig entfernt werden. Die Serosa und namentlich der Douglas muß sorgfältig gereinigt und trockengelegt werden. Perforierende Blasen- und Darmverletzungen werden sorgfältig (doppelte Nahtreihen) vernäht und womöglich mit Nachbarserosa überdeckt. Die frisch genähte Blase wird für eine Woche durch den Dauerkatheter entlastet. Ausspülungen der Bauchhöhle sind gefährlich und zwecklos. O. schließt also nach allen Operationen primär den Bauch mit folgenden Ausnahmen: »Er tamponiert unstillbare, flächenhafte Blutungen, wie z. B. aus zurückbleibenden Placentarteilen bei vorgeschrittener Extra-uterin-Schwangerschaft, und er drainiert perityphlitische Abszesse, weil diese vermutlich neues, hochvirulentes Sekret absondern werden. Für zweifelhafte Fälle von tiefen Beckeneiterungen bei Frauen erscheint ihm die Drainage vom Douglas aus nach der Scheide rationeller als nach oben zu. Einzelne nach Drainage gut verlaufene Fälle (Sippel) beweisen noch nicht, daß dieselben Fälle nicht auch ohne Drainage gerettet worden wären. Sie sind jedenfalls nichtssagend gegenüber einem Resultate, wie es Zweifel erzielte, welcher 140 Pyosalpinxfälle ohne Drainage erledigte mit nur einem Todesfalle.

Kroemer (Gießen).

---

8) **L. Hofbauer.** Zur Frage der Resorptionsmechanismen. I. Können nur wasserlösliche Körper im Darm resorbiert werden?

(Zeitschrift für klin. Medizin Bd. XLVII. Hft. 5 u. 6.)

Diese Frage wird von H. verneint an der Hand früher von ihm ausgeführter Versuche, in welchen er Hunde mit durch Alcana-Fettfarbstoff gefärbter Butter fütterte und auf der Höhe der Verdauung tötete. Dieser Alcana-Farbstoff ist im Wasser unlöslich und schlägt seine rote Farbe ins Blaue um, sobald durch Verseifung, d. i. durch Fettauflösung, eine alkalische Reaktion statt der früheren sauren oder neutralen eintritt. Es wurde nun bei diesen Fütterungsversuchen in den Chylusgefäßen rot gefärbtes Fett, im Darminhalt aber niemals blauer Farbstoff angetroffen. Daher muß nach H. dieses Fett, entgegen den Ansichten Pflüger's, unverseift, d. i. ungelöst resorbiert werden können. Wenn Fett aber in ungelöstem Zustande die Darmwand passieren kann, so werden auch Mikroorganismen dazu imstande sein und aus dem Darminhalt in die Blutbahn einbrechen können. **Herhold** (Altona).

---

9) **Monks** and **Blake.** The normal appendix, its length, its mesentery, its position or direction; observed 656 autopsies.

(Boston med. and surg. journ. 1902. November 27.)

1) Länge. Die Durchschnittslänge beträgt 7,9 cm; die äußersten Maße waren 1 : 24 cm. Ein bestimmbarer Unterschied der Länge bei den beiden Geschlechtern fehlt. Kinder haben einen verhältnismäßig längeren Wurmfortsatz als Erwachsene. Ebensowenig wie das Geschlecht ist die Körperlänge auf die Länge der Appendix von Einfluß.

2) Mesenterium. Gut die Hälfte aller Wurmfortsätze hatte ein eigenes Gekröse, das bis zur Spitze oder nahezu bis zu ihr reichte. Bei der anderen Hälfte reichte es ungefähr bis zur Mitte, bei 6,5% fehlte es gänzlich.

3) Lage in den übrigen Eingeweiden. Die häufigste Lage ist nach innen und unten; der Wurmfortsatz hängt oft über den Rand des kleinen Beckens in dieses hinein (116mal). Es folgt die Lage hinter dem Blinddarm (104mal), nach unten (79mal), nach innen (62mal), nach oben (52mal), oben und innen (39mal), oben und außen (29mal), außen (9mal), unten und außen (5mal), im Becken (14mal).

Von außergewöhnlichen Lagerungen wurden beobachtet: hinter dem Blindarm nach oben verlaufend vor der Niere bis fast zu ihrer oberen Spitze; geschlängelt hinter dem Blinddarm, der sehr hoch, fast am Rippenrand liegt; nach oben und innen, Spitze liegt an der Gallenblase; nach außen und oben bis zum rechten Leberrand; zwischen rechtem Leberlappen und Niere; hinter dem Peritoneum nach oben bis zum unteren Nierenpol; quer durch die Bauchhöhle,

Spitze fast in der Mittellinie. 9mal lief der Blinddarm kegelförmig sich zuspitzend in den Wurmfortsatz aus. **Trapp** (Bückeburg).

---

10) **M. W. Herman.** Beitrag zur operativen Technik gewisser Formen von Inguinalhernien.

(Przegląd lekarski 1902. No. 44.)

Verf. empfiehlt bei Radikaloperationen von Leistenbrüchen mit bedeutend erweitertem Kanale eine Kombination des Kocher'schen Invaginationsverfahrens mit der ursprünglichen Bassini'schen Methode, ein Verfahren, welches an des Ref. Abteilung ebenfalls seit etwa 3 Jahren mit sehr gutem Erfolge geübt wird.

Trzebicky (Krakau).

---

11) **W. Anschütz.** Zur Operation der Skrotalhernien bei Kindern.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

A. empfiehlt eine seit $1^1/_4$ Jahr an der Breslauer Klinik geübte Methode der Operation kindlicher Skrotalhernien. Dieselbe verzichtet prinzipiell auf eine Loslösung des Bruchsackes von den Gebilden des Samenstranges. Nach vorsichtiger Längstrennung des Bruchsackhalses wird derselbe möglichst hoch oben mit einer feinen Tabaksbeutelnaht, welche nur das Bauchfell faßt, geschlossen, das periphere Ende wird dann durch Herausziehen des Hodens umgekrempelt und in seiner neuen Lage vernäht. Danach folgt die Czerny'sche Pfeilernaht oder die Bassini'sche Operation. Die bisherigen Erfolge mit dieser Methode, welche viel Zeit erspart, die Quetschung der Gewebe vermeidet und auch dem Ungeübten die Operation erleichtert, waren durchaus gute. **Blauel** (Tübingen).

---

12) **E. Braatz.** Nabelbruchverband.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1902. Nr. 12.)

Mit Recht bezeichnet B. alle bisherigen Methoden, den Nabelbruch der Kinder mit Pelotten oder Heftpflasterverbänden zu behandeln, als unzuverlässig.

Nach seinem neuen Verfahren wird ein dickes Zinkblech von 3 und $3^1/_2$ cm im Geviert in Heftpflaster so eingeschlagen, daß die klebende Seite nach außen sieht. Diese Pelotte wird durch einen 6—9 cm langen Heftpflasterstreifen, welcher den ganzen Leib umspannt und dessen Enden noch seitlich übereinander geschlagen werden können, befestigt. Darüber wird eine Schutzbinde aus Zeug getragen.

Ein solcher Verband hält unverrückt und zuverlässig auch unter den schlimmsten Umständen 4—8 Wochen, auch wenn die Kinder gebadet werden.

Sechs Abbildungen veranschaulichen das Verfahren.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).



13) L. Gfeller. Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Darmcysten.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1902.

G. schildert zunächst einen Fall von angeborener Cyste des Dünndarmes, welcher zu Volvulus mit akutem Darmverschluß geführt hatte und vom Chefarzt des Spitals von Chaux-de-Fonds, Dr. de Quervain, mit Erfolg exstirpiert wurde. Die Cyste enthielt auf der Innenfläche geschichtetes Pflasterepithel, in welches geschichtetes Cylinderepithel stellenweise eingelagert war. An der Hand von 18 aus der Literatur gesammelten Fällen und des vorher erwähnten bespricht G. den histologischen Bau der angeborenen Dünndarmcysten. Nach diesen aus der Literatur bekannt gewordenen Cysten unterscheidet er 1) Dermoide, mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet; 2) Entodermoide, deren Innenschicht mit Cylinderepithel bedeckt ist und außerdem Schleimdrüsen, Follikel, Krypten enthält; 3) gemischte cystische Geschwülste, welche Pflaster- und Cylinderepithel zeigen.

Die Symptome, welche man bei angeborenen Darmcysten antrifft, sind sehr geringe, wie z. B. Erbrechen und Appetitlosigkeit; manchmal sind gar keine bestimmten Krankheitszeichen vorhanden, manchmal wird aber auch, wie in dem von de Quervain operierten Falle, Volvulus mit Ileus angetroffen. Die Diagnose läßt sich daher vor der Operation nicht stellen, Heilung kann nur durch die Exstirpation erfolgen, bei welcher zuweilen partielle Darmresektion nötig werden kann. **Herhold** (Altona).

---

14) E. Berger. Die Verletzung der Milz und ihre chirurgische Behandlung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

Die vorliegende Fortsetzung der gleichnamigen in diesem Blatte 1902 Nr. 46 referierten Arbeit beschäftigt sich neben kasuistischem Material hauptsächlich mit der Behandlung der subkutanen und perforierenden Milzverletzungen. Die in der vorantiseptischen Zeit gehandhabte meist exspektative Therapie hat nur mehr ein historisches Interesse gegenüber der modernen, viel aktiveren Behandlung, welche die Prognose dieser gefährlichen Verwundungen wesentlich gebessert hat. Die Indikation zum Eingriff bei subkutanen Milzrupturen gibt in der Hauptsache die zunehmende innere Blutung, seltener die gleichzeitige Verletzung anderer Unterleibsorgane. Die Hälfte der Pat. mit Milzrupturen stirbt übrigens innerhalb der ersten Stunde an der profusen Blutung. Eine Operation käme hier immer zu spät. Auch bei den perforierenden Milzverletzungen ist die Blutung die Hauptgefahr. Die chirurgische Hilfe besteht entweder in der gänzlichen Entfernung der Drüse oder in konservativen Methoden, d. h. Blutstillung mit Erhaltung des Organs. Die Splenektomie ist unter normalen Verhältnissen das schnellste und sicherste Verfahren. Ist

die Exstirpation der Milz aus äußeren Gründen, z. B. wegen starker Verwachsungen, nicht ausführbar, so sind Versuche der Blutstillung mit Erhaltung des Organs zu machen. Diese bestehen in der Naht der Wunde oder in ihrer Verschorfung resp. in der Tamponade. Welches Verfahren im konkreten Falle das beste ist, hängt von den besonderen Umständen des Falles ab. Die der Arbeit am Schlusse angefügte Kasuistik der wegen Milzverletzung ausgeführten Laparotomien umfaßt 127 Fälle, davon 90 bei subkutanen Rupturen, 18 bei Schuß- und 19 bei Stichschnittwunden. In 80% der Fälle gab die zunehmende Blutung die Indikation zum Eingriff. 49mal lag eine Komplikation mit anderen Schädigungen von Eingeweiden vor. Die Mortalität beträgt 41%. 80mal wurde dabei die Splenektomie ausgeführt, 14mal die Naht und 10mal die Tamponade angewendet. Die Unterbindung der Milzgefäße mit Erhaltung des Organs ist sehr gefährlich, da fast immer tödliche Peritonitis eintritt. Verf. hofft, daß mit der Verallgemeinerung einer guten und schnellen Indikationsstellung und mit dem weiteren Fortschreiten der Bauchchirurgie die Erfolge noch besser werden. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

15) **I. Antonelli.** Contributo clinico-statistico alla cura della splenomegalia malarica.

(Gazz. med. italiana 1902. Nr. 43, 46 u. 47.)

Verf. wendet sich gegen die von einigen Autoren befürwortete ausgedehnte Anwendung der Exstirpation der Malariamilz. Die einzige Indikation, die er anerkennt, sind Beschwerden, welche die Milzgeschwulst als solche macht. Dies ist insbesondere bei der beweglichen (Wander-) Malariamilz der Fall. Verf. hat 2mal deswegen mit Erfolg operiert. Im übrigen ist weder die Milzgeschwulst die Ursache der Kachexie, noch Zeichen einer besonders schlechten Prognose; auch tritt nach Jahren noch Verkleinerung ein. Auch ist die Exstirpation nicht leicht, da häufig ausgedehnte Verwachsungen vorliegen, wofür charakteristische Abbildungen gegeben werden. Am Schluß werden 158 Milzexstirpationen verschiedener Autoren tabellarisch zusammengestellt. **Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

16) **L. Cheinisse.** Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale par greffe échinococcique.

Paris, Imprimerie de la semaine méd., 1902.

Verf. bekämpft die Auffassung, daß ein multiples Auftreten von Echinkokkengeschwülsten in der Bauchhöhle durch eine multiple Einwanderung von Eiern der Taenia Echinokokkus veranlaßt werde, daß somit also die Zahl der Cysten der der eingewanderten Eier entspreche.

Er vertritt vielmehr die Anschauung, welche Hunter bereits 1784 ausgesprochen, welche aber wieder lange Zeit in Vergessenheit

geraten, daß derartige multiple Cysten durch Platzen einer bereits länger bestehenden Cyste entstehen. Er sucht diese Behauptung vor allem durch zahlreiche aus der Literatur sorgfältig zusammengestellte Fälle zu beweisen, in denen klinisch das Platzen der Cyste aus früheren Erscheinungen diagnostiziert wurde und bei denen durch die spätere Operation multiple Cysten in der Bauchhöhle nachgewiesen wurden. **Coste** (Straßburg i/E.).

---

17) **H. Truhart.** Pankreaspathologie. I. Teil: Multiple abdominale Fettgewebsnekrose.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902. 498 S.

In diesem, der »Alma mater Dorpatensis« zur Säkularfeier gewidmeten Werke bespricht T. in überaus klarer und geschickter Darstellung unter eingehendster Berücksichtigung und Verarbeitung der gesamten, gerade in den letzten Jahren ungemein vermehrten Literatur die Pathologie der abdominalen Fettgewebsnekrose. Die der Arbeit zugrunde liegende Kasuistik umfaßt 278 Fälle.

Hervorgerufen wird die von Balser zuerst beschriebene multiple abdominale Fettgewebsnekrose durch das fettspaltende Ferment des Pankreas. Diese Auffassung dürfte wohl jedem, der sich der Lekture des T.'schen Buches hingibt, zur Gewißheit werden. Es ist die Anschauung, die Langerhans auf Grund seiner mikroskopischen und chemischen Untersuchungen zuerst ausgesprochen hat und der Hildebrand und später Katz und Winkler durch den positiven Ausfall ihrer Tierexperimente sichere Stütze verliehen haben. Auffallend ist es, wie sehr diese Anschauung bekämpft worden ist und wie sehr man versucht hat, sie durch eine Reihe anderer Theorien zu ersetzen. Alle diese Einwände, die von T. aufs scharfsinnigste und überzeugendste widerlegt werden, hier aufzuführen, ist nicht angängig; nur einzelne Punkte sollen hervorgehoben werden.

Von vielen Autoren zu wenig gewürdigt ist die Arbeit des Amerikaners Flexner, trotzdem sie schon 1897 in deutschen Zeitschriften referiert ist. Flexner war es gelungen, bei frischen Fällen von am Menschen beobachteter, wie auch an Tieren künstlich erzeugter Fettgewebsnekrose in den Herden noch freies, überschüssiges, fettspaltendes Ferment nachzuweisen. — Keine der oft angeführten Beobachtungen von Fettnekrosen ohne Affektion des Pankreas hält einer kritischen Prüfung stand. Eine Verbreitung der Fettgewebsnekrosen im ganzen Bauchraume, ja selbst durch das Zwerchfell hindurch in den Thoraxraum hinein hat nichts Auffallendes, wenn man bedenkt, daß der einmal in die Bauchhöhle gelangte Pankreassaft auch sein eiweißverdauendes Enzym, das Trypsin, dort verbreitet, das durch Zerstörung von Serosen, Muskelfasern und Bindesubstanzen dem fettspaltenden Ferment erst die Möglichkeit zur Einwirkung gibt. Wunderbarerweise ist dieses Moment von einer Reihe von Autoren wenig oder gar nicht berücksichtigt worden. — In gleicher Weise

ist bei der Beurteilung der Ätiologie der Erkrankung die exquisit baktericide Eigenschaft des Pankreasaftes von den meisten Autoren ganz außer Acht gelassen worden. Gegen die jetzt so beliebte infektiös-entzündliche Ätiologie spricht der Umstand, daß in der Literatur 58 Fällen von Pankreasentzündungen 82 Fälle von Pankreasaffektionen ohne jede Spur von Entzündungserscheinungen gegenüberstehen, daß ferner in den nekrotischen Herden resp. in deren unmittelbarer Umgebung nur 8mal Bakterien und dazu noch verschiedene — keine einheitlichen Erreger! — nachgewiesen worden sind, viele Forscher hingegen vergebens nach Bakterien gesucht haben, daß schließlich bei Perforationsperitonitis fettnekrotische Herde nicht auftreten.

Wie willkürlich manche Autoren der Entzündungstheorie zu Liebe ihre Diagnose stellen, geht daraus hervor, daß in einigen Fällen, in denen eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung des Pankreas nur Nekrose, Blutung und Fettgewebsnekrose und ausdrücklich keinerlei Kennzeichen einer Entzündung ergeben hatte, trotzdem die Diagnose auf »akute hämorrhagische Pankreatitis« lautete.

Auch die bei Hühnern, Gänsen, Schafen, Schweinen etc. beobachteten Nekrosen des pankreatischen, retro- und intraperitonealen Fettgewebes, die, ohne offenkundige Krankheitserscheinungen verursacht zu haben, beobachtet werden, beruhen nach den Untersuchungen von Balser, Hiller und Williams auf einer Spaltung des Neutralfettes in Glycerin und Fettsäuren.

Wichtig ist die mikroskopische Untersuchung des Pankreas auf fettnekrotische Herde, da die Anfänge dieser Erkrankung, wie bei den Tieren, symptomlos verlaufen können. Die Anwendung der Benda'schen Kupferacetatreaktion ist dabei sehr zu empfehlen. In Leichen ohne Wahl hat die mikroskopische Untersuchung in mehr als 50% der Fälle partielle, oft sogar totale Nekrose der Parenchymzellen ergeben (Chiari, Blume, Pförringer). Diese Nekrose der Zellen wird durch Anomalien des Blutkreislaufes hervorgerufen und findet sich bei Arteriosklerose, Alkoholismus, Fettleibigkeit, Tuberkulose, Herz-, Lungen-, Nierenleiden und Erkrankungen der Nachbarorgane. Die Parenchymnekrose ist das veranlassende Moment für den Austritt des Pankreassekretes und dessen Einwirkung auf das Fett; die beobachteten Entzündungsvorgänge stellen lediglich ein reaktives Ausheilungsphänomen dar. Durch diese reaktiven Entzündungserscheinungen kann es — auch in Analogie der Tiere (Olt) — zu einer Art Heilung kommen.

Was die Prognose betrifft, so ist bis jetzt 8mal Naturheilung beobachtet worden, in 17 Fällen ist durch chirurgische Eingriffe Heilung erzielt worden.

Das Studium der äußerst interessanten Abhandlung im Original kann aufs wärmste empfohlen werden.

In einem II. Teile wird Verf. die »Pathologie und Therapie der lokalen Erkrankungen des Pankreas« bearbeiten.

E. Moser (Zittau).

18) **E. Gildemeister.** Beitrag zur Kenntnis der Mesenterialtumoren.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Verf. teilt nach den in der Literatur gefundenen Angaben die primären Gekrösgeschwülste in cystische und solide ein. Von ersteren sind in der Literatur 51 operierte Fälle vorhanden, von welchen 43 geheilt wurden und 8 zum Tode führten; von soliden Geschwülsten weist die Literatur nur 8 Fälle auf, darunter die deutsche nur 3. Solche bestehen aus Lipomen, Myxomen, Fibromen, Sarkomen, Lymphangiomen. Die Diagnose der Gekrösgeschwülste ist vor der Laparotomie meistens kaum zu stellen. Hervorstechende Krankheitssymptome sind außer der Anschwellung des Leibes heftige kolikartige Schmerzen, Verstopfung, bis zum Ileus gesteigerter Darmverschluß. Bei der Exstirpation ist oft die Resektion des mit der Geschwulst verwachsenen Darmstückes notwendig. In den letzten 10 Jahren wurden in der Breslauer Klinik (v. Mikulicz) 2 Cysten und 3 solide Geschwülste exstirpiert, bis auf einen Fall von solidem Angiosarkom sämtlich mit Glück. Diese 5 Fälle werden bezüglich der Operation und des Heilungsverlaufes eingehend besprochen. Von den Operationsmethoden ist die Punktion wegen der Gefahr der Darmverletzung zu verwerfen; wo die totale Exstirpation unmöglich ist, kommt die Inzision mit Einnähen der Cyste in die Bauchwand in Frage.

Herhold (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus dem k. k. Krankenhause Wieden in Wien.)

Zur Gastroduodenostomia lateralis.

Von

Primararzt Dr. **Julius Schnitzler**, Privatdozent für Chirurgie.

Die unlängst an dieser Stelle erfolgte Mitteilung Kocher's wird zweifellos dazu Anlaß geben, daß die Gastroduodenostomie unter den bei Pylorusstenose anzuwendenden Operationen mehr in Betracht gezogen wird, als dies bisher der Fall gewesen zu sein scheint. Geht doch aus Kocher's Zusammenstellung hervor, daß die Zahl der veröffentlichten lateralen Gastroduodenostomien eine recht geringe ist. Ich will daher hier in Kürze über 5 derartige Operationen berichten, die ich vom August 1899 bis zum Oktober 1900 ausgeführt habe. Seither habe ich diese Operationsmethode nicht mehr wiederholt.

Von meinen 5 Fällen ist der erste — operiert am 18. August 1899 — bereits von meinem früheren Hilfsarzt Dr. E. Klein publiziert worden[1], der, ebenso wie jetzt Kocher, vorschlug, die Operation als »laterale« Gastroduodenostomie von der bekannten Kocher'schen Magenresektionsmethode zu unterscheiden. Wie dieser erste Fall betraf auch der zweite (am 2. Februar 1900) derart von mir

[1] Ein Sanduhrmagen in Folge von Salzsäureverätzung. Gastroduodenostomie. Wiener klin. Rundschau 1900. Nr. 5.

operierte Fall einen Sanduhrmagen. In beiden Fällen lagen die Verhältnisse ungemein günstig, analog wie in dem Falle, der Henle die Anregung zu seiner Mitteilung gegeben hatte; der kardialwärts von der Einschnürung gelegene Magenteil ließ sich leicht gegen den absteigenden Duodenumschenkel ziehen und die Naht bei digitaler Kompression ohne Schwierigkeiten ausführen; das funktionelle Resultat war in beiden Fällen ein vortreffliches. Ebenso zufriedenstellend war das Schlußergebnis in einem Falle von stenosierendem Pyloruskarzinom (operiert am 26. März 1900). Auch hier stieß die Ausführung der lateralen Gastroduodenostomie auf keinerlei technische Schwierigkeiten; die Kranke erbrach vom Operationstage angefangen nicht mehr und erholte sich sehr rasch, nahm an Gewicht beträchtlich zu und erfreute sich dieses Erfolges der Palliativoperation durch ca. anderthalb Jahre.

Durch das günstige funktionelle Resultat der erwähnten 3 Fälle veranlaßt, gedachte ich nun, die Gastroduodenostomie als Normalmethode der Gastroenterostomie in Anwendung ziehen zu können und hielt es für gerechtfertigt, auch unter ungünstigeren topographisch-anatomischen Verhältnissen, als sie die ersten 3 Fälle geboten hatten, die laterale Vereinigung von Magen und Duodenum auszuführen. Leider sollte mich dies bald zu einem Mißerfolge führen. Ich machte meine 4. Gastroduodenostomia lateralis bei einer 61jährigen Frau, die an einem vorgeschrittenen Pyloruskarzinom litt, und ließ mich durch die vollkommene Unbeweglichkeit des Duodenums, die dazu zwang, die Naht in der Tiefe der Bauchhöhle und unter erheblicher Spannung auszuführen, von der Wahl der Methode nicht abhalten. Die vordere Nahtreihe wurde, weil sie mir nicht absolut verläßlich schien, durch einen angenähten Netzzipfel gedeckt. Die Kranke starb nach 3 Tagen, und die Sektion ergab eine Dehiszenz im Bereich der hinteren Nahtlinie. Hatte mir dieser Fall gezeigt, daß man in der Wahl der für die in Rede stehende Operationsmethode geeigneten Fälle nicht zu weit gehen dürfe, so zeigte mir der funktionelle Mißerfolg des gleich zu erwähnenden 5. Falles, daß der der lateralen Gastroduodenostomie a priori zuzuschreibende Vorteil: absolut sicheres Funktionieren der neuen Kommunikation zwischen Magen und Darm im Gegensatz zur Gastrojejunostomie, nicht zutrifft. Bei einer an Carcinoma pylori leidenden 35jährigen Frau machte ich (22. Oktober 1900) die Vereinigung zwischen vorderer Magenwand (ungefähr in der Mitte zwischen Cardia und Pylorus) und absteigendem Schenkel des Duodenum. Am Tage der Operation sowie am nächstfolgenden Tage befand sich die Kranke wohl; vom 3. Tage angefangen erbrach sie jedoch täglich mehrmals, und zwar stets große Mengen brauner Flüssigkeit; wiederholte Magenausspülungen waren ganz erfolglos, Winde gingen ab, Temperatur und Puls blieben normal, der Bauch war nicht schmerzhaft. Da die Kranke trotz reichlicher Nährklysmen durch das massenhafte Erbrechen rasch herunterkam, entschloß ich mich 8 Tage nach der ersten Operation zur Relaparotomie; ich erwartete entweder eine Undurchgängigkeit der Anastomose oder einen sog. mesenterialen Darmverschluß zwischen Duodenum und Jejunum zu finden. Diese Erwartung bestätigte sich nicht, die Anastomose war in Ordnung, bequem für den Finger durchgängig, der Magen unterhalb des Niveaus der Anastomose schwappend gefüllt. Anlegung einer Anastomose zwischen tiefstem Punkt der großen Kurvatur und der ersten Jejunumschlinge. Von da ab kein Erbrechen mehr und rasche Erholung der Pat. In diesem Falle hatten sich also nach der lateralen Gastroduodenostomie keine günstigen Verhältnisse für den Abfluß des Mageninhaltes herausgebildet, eine Möglichkeit, die Kocher speziell für »sackförmig nach unten erweiterte« Mägen hervorhebt. Leider sind die meisten Mägen, deren Erkrankung zur Anlegung einer Gastroenterostomie Veranlassung gibt, in diesem Sinne erweitert, und es ist selbstverständlich, daß eine mit dem Duodenum ausgeführte Anastomose nie im tiefsten Niveau des Magens liegen wird; man nimmt ja doch zu dieser Anastomose naturgemäß eine im Niveau des Duodenum gelegene Magenstelle, und würde man eine tiefer gelegene wählen, so würde natürlich diese Stelle in das Niveau des Duodenum verzogen, ein tiefer reichender Blindsack nicht vermieden werden. In dem eben erwähnten Falle erwiesen sich die frühzeitig

begonnenen und häufig wiederholten Magenausspülungen gegenüber dem Unvermögen des Magens, seinen Inhalt gegen das Duodenum zu entleeren, als wirkungslos, und so mußte der Gastroduodenostomie nach 8 Tagen eine Gastrojejunostomie folgen, welche den gewünschten Erfolg hatte. Hier war für den Operateur eine analoge Situation entstanden, wie sie mitunter durch einen an eine Gastrojejunostomie sich anschließenden Circulus vitiosus gegeben ist. Nun haben uns aber doch die reichlichen Erfahrungen der letzten Jahre die Vermeidung des Circulus vitiosus auf verschiedene Weise zu erreichen gelehrt und speziell die Hinzufügung einer Enteroanastomose zur Gastrojejunostomie (Jaboulay, Braun, v. Mikulicz) verschafft einen so hohen Grad von Sicherheit gegen diese bedrohliche Konsequenz der Gastroenterostomie, daß in dieser Beziehung eine Überlegenheit der Gastroduodenostomie kaum angenommen werden kann. Gleich vielen anderen Chirurgen habe auch ich in den letzten 2 Jahren die Gastroenterostomie mit hinzugefügter Enteroanastomose als Normalmethode aufgenommen und habe allen Grund, mit den Erfolgen zufrieden zu sein. Es kann ja keinem Zweifel unterliegen, daß durch die Anlegung der Gastroenterostomie am tiefsten Punkte des Magens, wie sie den bei der Gastrojejunostomie im Gegensatz zur Gastroduodenostomia lateralis stets möglich ist, die besten Entleerungsverhältnisse geschaffen werden. Kocher's geistvolle Methode würde nur die Schwierigkeiten, welche sich der technischen Ausführung der Gastroduodenostomia lateralis in der Regel entgegenstellen dürften, umgehen, die dauernden topischen Verhältnisse zwischen Magen und Duodenum würden aber selbstverständlich nicht geändert werden, da ja das Duodenum gewiß die Tendenz haben wird, seine alte Lage wieder einzunehmen und den mobilen Magen nachziehen wird; jedenfalls wird der Fundus des dilatierten Magens mehr oder weniger erheblich tiefer liegen als die Anastomose, und mein 5. Fall hat die — von Kocher schon als möglich vorausgesehenen — Konsequenzen dieses Verhaltens gezeigt. Hingegen wird Kocher's Methode natürlich die Nahtanlegung sehr erleichtern und einen Mißerfolg, wie ihn mir mein 4. Fall brachte, vermeiden lassen. Doch fällt hier denn doch der Umstand ins Gewicht, daß die Mobilisierung des Duodenum nach Kocher die der klassischen Gastroenterostomie eigentümlichen einfachen Wundverhältnisse (durch Eröffnung eines subserösen Zellgewebslagers) kompliziert. Zieht man weiter in Betracht, daß die bei der anatomischen Dignität der hier zu präparierenden Region doch mit einigem Zeitaufwand verbundene Mobilisierung des Duodenum kaum rascher durchzuführen sein dürfte, als eine Enteroanastomose zwischen den Schenkeln einer Jejunumschlinge, so glaube ich, daß die laterale Gastroduodenostomie nach Kocher gegenüber der Gastrojejunostomie mit Enteroanastomose als das kompliziertere Verfahren bezeichnet werden muß. Daß in jenen Fällen, in welchen die Pylorusstenose durch pericholecystitische Prozesse bedingt ist, der Mobilisierung des Duodenum unüberwindliche oder sehr schwer und nur unter großem Zeitverluste überwindliche Schwierigkeiten sich entgegenstellen können, ist wohl selbstverständlich und auch von Kocher bereits erwähnt. Kocher's Mitteilung über die chirurgische Mobilisierbarkeit des Duodenum wird sich gewiß oft genug für den Operateur wertvoll erweisen, da er in manchen Fällen von dieser Mobilisierung Nutzen ziehen dürfte; daß aber die Gastrojejunostomie nunmehr durch die laterale Gastroduodenostomie in der Regel ersetzt werden sollte, erscheint mir nach dem hier Angeführten nicht wahrscheinlich.

---

19) Sanitätsbericht über die kgl. preußische Armee, das XII. (kgl. sächsische) und das XIII. (kgl. württembergische) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1898 bis 30. September 1899. Bearbeitet von der Medizinalabteilung des kgl. preußischen Kriegsministeriums. Mit 31 Karten und 8 graphischen Darstellungen.

Berlin, **E. S. Mittler & Sohn**, 1901. 205 S. Text, 167 S. Tabellen.

Aus der Fülle des interessanten Materiales soll nur über das spezifisch Chirurgische und unter diesem nur über das Wertvollste berichtet werden. Bei der

Besprechung der einzelnen Krankheitsgruppen folgen wir den Nummern des Rapportschemas und beginnen mit den Wundinfektionskrankheiten, von welchen in Zugang kamen 28 = 0,05 auf Tausend. In diesen Fällen von Pyämie und Septhämie wurden fast immer als Entzündungserreger Streptokokken und nur 2mal Staphylokokken angetroffen, 18 der Fälle endigten tödlich. Die genannten Erkrankungen schlossen sich am häufigsten an oberflächliche, zunächst unbedeutende Verletzungen an: Furunkel, Panaritien; doch waren die Ursache auch Mittelohrkatarrh, eitrige Gelenkentzündungen und Knocheneiterungen.

Bösartige Geschwülste wurden beobachtet 28, meist Sarkome, 6mal Karzinome; die letzteren hatten ihren Sitz 5mal im Mastdarme, 1mal in der Niere.

Unter den Krankheiten des Gehirns handelte es sich 6mal um Gehirngeschwulst, 5mal um Eiterherde im Gehirn, 3mal um Gehirndruck ohne zu bestimmende Ursache. 87 Gehirnkrankheiten — 0,17‰ — wurden im ganzen beobachtet. Außerdem gingen 169, 0,35‰, Fälle von Gehirnerschütterung zu.

Von eingeklemmten Brüchen sind 18 = 0,03‰, von innerem Darmverschlusse 21 = 0,04‰ vorgekommen, von den ersteren starb keiner, von den letzteren 11. Die Fälle sind in der Operationstabelle, auf welche wir am Schlusse zu sprechen kommen, genauer beschrieben.

An Blinddarmentzündung erkrankten 843 Mann = 1,6‰, von welchen 659 dienstfähig wurden, 23 starben, 164 in die Heimat entlassen wurden und 51 noch in Behandlung verblieben.

32mal trat im Anschluß an die Krankheit allgemeine Bauchfellentzündung ein; die hierbei 9mal ausgeführte Laparotomie konnte das Leben nicht erhalten. In den Fällen, in welchen keine allgemeine Bauchfellentzündung bestand, wurde 19mal wegen Eiterung operiert und außerdem 6mal im Intervall der Wurmfortsatz entfernt.

Entzündung des Zellgewebes in der Umgebung der Niere kam ziemlich häufig zur Operation; die Ursachen dieser Entzündung waren ziemlich mannigfaltige.

Venerische Krankheiten. Zugang 10218 = 19,9‰; 2mal endigte durch Komplikationen die Krankheit tödlich.

Unter den Zellgewebsentzündungen sind mehrere Fälle erwähnt, in denen die Entzündung trotz frühzeitig gemachter Einschnitte schwer verlief. Mit gutem Erfolge wurden in einzelnen Fällen die Salzwedel'schen Spiritusverbände angewandt. Die durch diese Verbände eintretende Verhärtung der Haut wird durch Anwendung lange dauernder heißer Sublimatbäder (1 : 10000) beseitigt. Unter den Entzündungen der Knochen und der Knochenhaut überwog die meistens durch Exerzieren und Marschieren hervorgerufene Knochenhautentzündung des Unterschenkels = 295 Fälle. Eitrige Entzündung des Knochenmarkes und des Knochens kam 63mal vor.

Die typische Militärkrankheit Fußgeschwulst wurde, abgesehen von den direkt erkannten Brüchen der Mittelfußknochen, in 15312 Fällen = 29,8‰ beobachtet. In den meisten dieser Fälle handelte es sich um Brüche oder um Einbrüche der Mittelfußknochen, die sich oft erst nach Ablauf von 2—3 Wochen vermittels Röntgenbild durch die eingetretene Kallusbildung kenntlich machten.

Unter den Quetschungen und Zerreißungen kamen mehrfach recht schwere Verletzungen innerer Eingeweide vor. So handelte es sich u. a. 7mal um schwere Zerreißungen des Magens und Darmes; nur 1 Mann von diesen konnte durch Laparotomie gerettet werden.

Knochenbrüche sind im Rapport 2707 = 5,3‰ verzeichnet, darunter 50 Brüche des Schädels, und zwar 23 Brüche des Schädelgewölbes, 27 des Schädelgrundes. Bemerkenswert ist unter den Knochenbrüchen ein Fall von Bruch des Zungenbeines infolge eines Stoßes gegen den Hals.

Sehr stattlich ist im Rapport die zur Beobachtung gekommene Anzahl von Schußverletzungen: einschließlich der Selbstmorde ist insgesamt über 321 Schußverletzungen berichtet worden. Schußverletzungen durch Granaten, Shrapnels etc. kamen nur 5mal, durch scharfe Patronen (Gewehr, Karabiner, Re-

volver) 157mal, durch Platzpatronen 80mal, durch Schrotschüsse 9mal, durch abgesprengte Geschoßteile 3mal, durch Wasserschüsse 3mal, durch Gewehrschüsse mit anderen Geschoßteilen 12mal, durch Explosionen von Patronen 38mal, durch Verletzungen durch Platzen von Gewehren, durch Kanonenschläge etc. 14mal vor. Von den 321 Schußverletzten wurden 236 geheilt, gestorben sind 85. Bei den Selbstmorden durch scharfe Patronen standen obenan die Verletzungen von Kopf und Hals; es folgen die Brustschüsse. Mit Platzpatronen wurde 20mal Selbstmord resp. Selbstmordversuch ausgeführt; von 4 dieser Selbstmörder, die den Schuß mit Platzpatronen in den Mund abgefeuert hatten, starben 3. Bemerkenswert ist, daß bei einem der Schüsse eine Ausschußöffnung vorhanden war; es hatte das Holzgeschoß Zunge und Gaumen zertrümmert und die Nackenmuskulatur durchschlagen. In einem Falle, in welchem die Platzpatrone in den Unterleib gedrungen war, traten große Zerreißungen des Lebergewebes und des Dünndarmes ein. Was die Wasserschüsse anbetrifft, so hatten 2 Selbstmörder den Lauf ihres mit einer Platzpatrone geladenen Karabiners mit Wasser gefüllt und sich in den Mund geschossen; in einem Falle trat der Tod ein. Sofort tödlich wirkte dagegen der Schuß eines mit scharfer Patrone geladenen und mit Wasser gefüllten Terzerols in die Brust. In einem Falle, in welchem auf dem Scheibenstande ein etwa linsengroßes, von einem Geschoß abgesprengtes Bleistück in das Halsmark gedrungen war, trat blitzartig Lähmung der Gliedmaßen, der Blase und des Mastdarmes ein. Der Fall endigte durch nach 3 Tagen eintretende Lähmung des Atmungszentrums tödlich.

Unter den 14 Stichwunden betrafen 6 den Bauch mit 4mal eingetretenem Netzvorfalle; 2 von den Bauchstichwunden endeten trotz sofort vorgenommener Operation tödlich infolge Bauchfellentzündung. Von den 4 Bißwunden wurden 2 durch Menschen, 2 durch Pferde verursacht; da in einem Falle das Pferd tollwutverdächtig war, wurde der Verletzte einer Einspritzungskur nach Pasteur unterzogen. Anzeichen von Tollwut blieben bei ihm aus.

Die dem Text beigegebene Operationstabelle weist 331 größere Operationen auf, darunter 17 Trepanationen des Schädels, 54 Trepanationen des Warzenfortsatzes, 32 Augenoperationen, 21 Laparotomien, 27 Operationen bei Blinddarmentzündung, 7 Bruchoperationen bei Einklemmung einer Darmschlinge, 14 Aussägungen von Röhrenknochen, 6 Gelenkaussägungen, 32 Amputationen, 13 Exartikulationen, 21 Geschwulstoperationen. Unter letzteren sind recht gute Resultate bei den Operationen von Sarkomen erreicht, indem von 6 Fällen nur einer tödlich endigte. Die Sarkome hatten 4mal ihren Sitz in den Knochen der Gliedmaßen, 1mal im Unterkiefer, 1mal in der Haut. Unter den Laparotomien interessiert ein Fall, in welchem nach Durchbruch eines typhösen Darmgeschwüres durch Darmresektion und Darmanastomose Heilung erzielt wurde.

Herhold (Altona).

20) **Hallopeau et Gadaud.** Sur une alteration des mains provoquée par des travaux radiographiques prolongés.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 714.)

Verff. stellten einen Fall mit schweren Störungen nach Anwendung von Röntgenstrahlen vor. Der Pat. setzte zur Demonstration von Röntgenstrahlen seine rechte Hand während vieler Monate, wenn auch nur kurze Zeit, wiederholt am Tage der Wirkung der Röntgenstrahlen aus. Im Laufe von 4 Jahren entwickelten sich folgende Veränderungen: In den ersten Wochen stellte sich ein Gefühl der Trockenheit und Haarausfall an der rechten Hand ein, später Risse in den Nägeln und Ausfallen derselben mit schmerzhaften, eitrigen Entzündungen in der umgebenden Haut, so daß die Hand nicht mehr gebrauchsfähig war. Dazu kamen noch ähnliche, aber geringere Veränderungen an der linken Hand, Haarausfall auf der rechten Kopfseite und Lichtscheu. Nach dem Aussetzen der Beschäftigung trat vorübergehende Besserung ein: Die Entzündung verschwindet und die Nägel wachsen verkümmert wieder, nur nicht am Zeige- und Mittelfinger. Bald darauf verschlimmerte sich der Zustand nach Beschäftigung mit Röntgen-

strahlen: Neue Ulcerationen an den Fingern und Gelenksteifigkeit am Zeige- und Mittelfinger; schließlich entwickelt sich folgender Zustand: Ankylosierung des Zeige- und Mittelfingers, bedingt durch die Sklerosierung der Haut der Finger, Verschmälerung der Finger, namentlich des Zeige- und Mittelfingers (die Hand sieht wie mumifiziert aus), zahlreiche Teleangiektasien, die Nägel sind rissig und fehlen an Zeige- und Mittelfinger. Die linke Hand zeigte nur Sklerosierung, Teleangiektasien und Nageldifformitäten. **Klingmüller** (Breslau).

21) **Hallopeau et Gadaud.** Sur les résultats du traitement par le radium d'un lupus verruqueux.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 720).

Verff. berichten über einen Fall von verrukösem Lupus der Finger, welcher wiederholt innerhalb der letzten 6 Jahre ohne Erfolg ausgekratzt worden war und neuerdings mit Radium behandelt wurde. Die Substanz wurde auf den Mittelfinger 72 Stunden lang, auf den Zeigefinger 120 Stunden lang aufgelegt. An beiden Stellen entstanden Ulcerationen, welche noch nach 6 Monaten nicht verheilt waren; außerdem bestand eine so erhebliche Sklerose der Haut, daß eine Beugung der letzten beiden Phalangen unmöglich war. Es ist deshalb auch bei dieser Behandlung dieselbe Vorsicht geboten wie bei Röntgenstrahlen.

Klingmüller (Breslau).

22) **Danlos.** Quatre cas de lupus traités comparatirement par le radium et par d'autres procédés.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 723.)

Verf. demonstrierte an 4 Fällen von Lupus vulgaris die Ergebnisse der Radiumbehandlung. Die Narben waren so glatt und weich, wie es kaum bei anderen Methoden möglich ist. Die Wirkung ist der der Röntgenstrahlen zu vergleichen. Ferner beobachtete Verf. bei dieser Behandlungsmethode einen Fall von Neuralgie, welcher sich aber nach Antipyrin besserte.

Klingmüller (Breslau).

23) **P. Reynier.** Contribution à l'étude du tétanos.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 647.)

R. berichtet über eine im Krankenhause entstandene, auf 3 Fälle sich erstreckende Endemie von Tetanus. Im 1. und 3. Falle handelte es sich um Operation eines Leistenbruches, im zweiten um die einer Pyosalpinx. Der 1. Pat. wurde operiert am 31. Januar, verbunden am 7. Februar, erkrankte an Tetanus am 9. Februar, also 10 Tage nach der Operation. Der 2. Kranke, operiert am 4. Februar, zeigte die ersten Zeichen von Tetanus am 17. Februar. Beide starben trotz Behandlung mit Morphium, Chloral und Antitetanusserum. Der 3. Kranke, operiert am 16. Februar, erhielt vor der Operation 10 ccm Serum injiziert. Am 26. Februar wurden die Nähte entfernt. Am 2. März brach der Tetanus aus. In diesem Falle gab R. Chloral in sehr hoher Dosis, 12—20 g pro Tag während 10 Tagen, außerdem täglich 30 ccm Serum. Allmählich erfolgte Besserung und Heilung.

Auf welchem Wege bei dieser Endemie die Übertragung des Tetanusgiftes erfolgte, blieb unaufgeklärt, da alle aseptischen Maßnahmen wie bei jeder anderen Operation getroffen wurden, der 1. und 2. Fall auch räumlich weit voneinander entfernt, in verschiedenen Pavillons lagen, auch in verschiedenen Operationssälen operiert worden waren.

R. hält für möglich eine Infektion durch das aus der Fabrik bezogene Katgut; einige Röhrchen wurden bei der bakteriologischen Nachprüfung nicht steril befunden; freilich wurden in ihnen auch keine Tetanusbazillen nachgewiesen. (Ob der Träger der Infektion nicht vielleicht der Assistent R.'s war, der Fall 2 und 3 selbst operierte, bei Fall 1 assistierte? Ref.)

Den günstigen Ausgang im 3. Falle glaubt R. den hohen Chloraldosen zuschreiben zu müssen, vielleicht auch der Seruminjektion vor der Operation. Daß diese den Ausbruch der Krankheit nicht zu verhindern vermochte, ist immerhin interessant genug. R. glaubt übrigens, daß eine starke Nervosität eine Disposition für die Erkrankung an Tetanus abgebe.

In der Diskussion teilen Pierre Delbet und Brun Fälle von Tetanus mit, in denen auch intracerebrale Injektion von Antitetanusserum den tödlichen Ausgang nicht verhindern konnte, ja ihn zu beschleunigen schien.

Reichel (Chemnitz).

24) **C. Ullrich.** Neun Fälle von Tetanus. Ein Beitrag zur Antitoxinbehandlung dieser Krankheit.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Unter diesen aus dem Material der Breslauer chirurgischen und medizinischen Klinik stammenden Fällen sind vier (traumatischen Ursprunges), die innerhalb der ersten 30 Stunden nach dem Auftreten der ersten Symptome mit Serum behandelt sind. Diese sind alle gestorben, trotzdem auch ausreichende Quantitäten angewendet sind. Die von Behring in Aussicht gestellte Verbesserung der Sterblichkeitsziffer bei zeitiger Einverleibung des Serums ist danach nicht eingetreten. Auch der Injektion des Serums in den Duralsack kann kein besonderer Wert zuerkannt werden.

Die später erkannten, leichter verlaufenden und spät mit Serum behandelten Fälle ergeben, wie auch in anderen Statistiken, eine bessere Prognose. Die Ansicht, daß in den schnell tödlich verlaufenden Fällen das Tetanusgift zu schnell im Zentralnervensystem gebunden wird, besteht vielleicht zu Recht. Trotzdem dürfte es sich, in Übereinstimmung mit v. Leyden, empfehlen, das Heilserum weiter anzuwenden, besonders um das in die Circulation noch kommende Gift zu binden. Große chirurgische Eingriffe, wie Amputationen, können dadurch erspart werden. Besonders wichtig ist auch die prophylaktische Anwendung des Serums, wie sie auch schon in der Breslauer chirurgischen Klinik geübt worden ist. Einem Manne (Diabetiker), dem durch eine Dreschmaschine der linke Arm abgerissen war, bekam am 4. Tage prophylaktisch eine Tetanusantitoxininjektion. 6 Wochen später traten besonders im Gesicht und in der Kaumuskulatur leichte klonische Zuckungen auf mit leichten Kontrakturen in der ganzen Körpermuskulatur; dabei Schmerzen, Schweißausbrüche, Appetitlosigkeit etc. Diese Krankheitserscheinungen hielten 2 Monate an und sind dann nicht wieder aufgetreten. Die Vermutung liegt nahe, daß es sich um einen infolge der zeitigen Antitoxineinverleibung abortiv verlaufenden Fall von Tetanus gehandelt habe. Den geschilderten Krankheitszustand etwa als Folge des Antitoxins anzusehen, ist nach den bisherigen Erfahrungen nicht angängig. Der Fall würde demnach zu weiterer prophylaktischer Antitoxinbehandlung auffordern. **E. Moser** (Zittau).

25) **Brabec.** Über eine weniger bekannte Erscheinungsform der Aktinomykose beim Menschen.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 48.)

Verf. weist in seiner Arbeit auf eine Form der Aktinomykose hin, die zuerst von Hofmeister beschrieben und selten ist. Unter Beibringung eines einschlägigen Falles beschreibt er die Symptome, Ätiologie und Behandlung des sog. Aktinomykoms, das die gewöhnlichen Kennzeichen der Aktinomykose, diffuse, harte Infiltration, phlegmonöses Aussehen, Eiterung und Fistelbildung, nicht aufweist. Es handelt sich vielmehr um eine harte Geschwulst, die, ursprünglich von der Darmschleimhaut ausgehend, sich intraperitoneal entwickelt, verschieblich bleibt, schmerzlos ist und sich nach Lösung einiger Verwachsungen meist leicht durch Bauchschnitt entfernen läßt. Auf dem Durchschnitt erst merkt man, daß es keine echte Geschwulst war; denn es pflegen doch einige kleine Abszesse da zu sein, die aber den typischen Eiter nicht zu enthalten brauchen. Das Mikro-

skop erst bringt die Diagnose. Verf. hält das Aktinomykom für ein streng umschriebenes Krankheitsbild, für das ev. besondere Mikroben die Ursache bilden. Die enorme Bindegewebsbildung ist als eine Art Heilungsprozeß der Natur zu betrachten, weil dadurch der sonst so enorm progrediente Charakter des Prozesses unterdrückt wird. **Schmieden** (Bonn).

26) **O. Bollinger.** Über primäre Aktinomykose der Fußwurzelknochen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

Das von B. untersuchte Präparat eines von Seydel amputierten Fußes entstammte einem 64jährigen Manne, der sich 53 Jahre vorher durch eine zweizinkige Hacke eine Verletzung am Fußrücken zugezogen hatte; die Wunde war nach 3 Wochen langer Eiterung geheilt. Erst vor 16 Jahren hatten sich unter dem Einflusse einer Überanstrengung an der Stelle Schmerzen und Anschwellung eingestellt, die seitdem dauernd Fußbeschwerden zurückgelassen hatten. Allmählich verschlimmerten sich dieselben infolge von Anschwellung des Fußes, der schließlich wegen »chronisch eitriger Ostitis« amputiert werden mußte. Die Untersuchung desselben ergab bedeutende fibröse Induration und Verdickung der äußeren Weichteile, des Periostes; die Knochensubstanz des Os navicul., der Ossa cuneiformis und metatarsi, zum Teil rarefiziert, zum Teil von weißgelblichen Herden und Höhlen mit schmierigem, eiterähnlichem Brei (Aktinomyceskolonien) durchsetzt; der ganze Fuß dem Madurafuße ähnlich. B. hält die Annahme für zulässig, daß von der Verletzung vor 53 Jahren Aktinomyceskeime in der Narbe zurückgeblieben und sich erst nach Jahrzehnten weiter entwickelt und zu den geschilderten Veränderungen geführt haben. **Kramer** (Glogau).

27) **S. Marcus.** Beiträge zur Behandlung der Aktinomykose, mit besonderer Berücksichtigung der Jodkaliumtherapie.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

23 Fälle des letzten Decenniums aus der Breslauer chirurgischen Klinik. Einige der interessanten Krankengeschichten zeigen wieder, wie vieler Untersuchungen es bisweilen bedarf, um die Diagnose auf Aktinomykose sicher zu stellen.

Bei den als geheilt Entlassenen sind spätere Rezidive gar nicht selten. Meist war das Rezidiv allerdings ein lokales, so daß schließlich doch Heilung eintrat, in anderen Fällen handelte es sich aber doch um ein Fortschreiten der Krankheit.

Was die Jodbehandlung betrifft, so scheint diese die Abszeßbildung begünstigt zu haben; wenigstens war es in 2 Fällen sehr wahrscheinlich. Einen wesentlichen Einfluß übt sie aber auf den Ablauf des Prozesses nicht aus, denn die Gesamtresultate aus den angeführten Beobachtungen stimmen ganz zu den prognostischen Angaben, die Schlange vor der Einführung des Jodkali für den Ablauf der Aktinomykose gemacht hat und die im wesentlichen von dem Orte der Erkrankung abhängig sind. Man soll aber die Jodkalitherapie als eine die operative Therapie unterstützende nicht fallen lassen, so lange man annehmen muß, daß durch Begünstigung der Abszeßbildung der Verlauf der Aktinomykose beschleunigt werden kann. **E. Moser** (Zittau).

28) **A. Wagner.** Entzündlicher Bauchdeckentumor, hervorgerufen durch einen aus dem Darme durchgebrochenen Fremdkörper.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 46.)

Die über mannskopfgroße derbe Geschwulst, welche bei der 52jährigen Pat. in der rechten Unterbauchgegend saß, war dadurch entstanden, daß eine knöcherne Kiemenspange des Kabeljaus verschluckt worden, in den Blinddarm gelangt war und hier eine Perforation ins retroperitoneale Bindegewebe mit Bildung eines von derben Schwarten umkleideten, stinkenden Abszesses veranlaßt hatte. Der Fremdkörper entleerte sich erst einige Wochen später nach der Eröffnung des Eiterherdes. **Kramer** (Glogau).

29) E. S. Kanzel. Zur operativen Behandlung der Perforationsperitonitis bei Abdominaltyphus.

(Chirurgie 1902. Dezember. [Russisch.])

4 Fälle. 1) Beginn des Typhus vor 14 Tagen; allgemeine eitrige Peritonitis, Naht der Perforationsöffnung, Tod. 2) 10 Tage krank, operiert etwa 20 Stunden nach der Perforation; schwere Infektion. Darmresektion, Tod nach 4 Tagen. Kein Eiter im Bauchraum. 3) Etwa 2 Wochen krank; Laparotomie, nachdem 3 Tage lang abgewartet und Pat. etwas kräftiger geworden war. Im oberen Teile des Bauches injizierte Darmschlingen; unten sind die Därme verklebt und es findet sich ein Abszeß, der von einem noch nicht perforierten Geschwür ausgeht. Drainage, Heilung. — 4) Operation unter der Diagnose: Appendicitis, Eröffnung und Tamponade eines Abszesses. Der weitere Verlauf zeigt aber, daß Typhus vorlag; die Perforationsöffnung lag am Dünndarme, und bald bildete sich daneben eine zweite. Nach Besserung des Allgemeinzustandes Naht der Öffnungen, doch ohne Erfolg; daher Darmresektion. Heilung.

K. glaubt, man dürfe erst dann operieren, wenn die ersten stürmischen Erscheinungen vorüber und die Kräfte des Pat. wieder gebessert seien.

Gückel (Kondal, Saratow).

30) Coste. Ein Fall von Darmperforation durch stumpfe Bauchverletzung.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 12.)

Ein Pionier fiel mit dem Bauche auf eine Schemelkante und spürte sofort heftigen Schmerz. Da Pat. bei der Aufnahme ins Lazarett verfallen aussah, die Bauchdecken bretthart gespannt waren und in der unteren Bauchhälfte Dämpfung nachgewiesen werden konnte, während die Leberdämpfung aufgehoben war, wurde die Bauchhöhle durch Laparotomie 6 Stunden nach der Verletzung eröffnet. In der Bauchhöhle befand sich eine reichliche Menge grünlich gefärbter Flüssigkeit, die fade, aber nicht kotig roch. An einer kollabierten Darmschlinge wurde beim Absuchen des Darmes ein 1 cm im Durchmesser großes Loch angetroffen, an dieser Stelle 10 cm reseziert und eine Vereinigung der Darmenden mit Murphyknopf vorgenommen. Die Bauchhöhle wurde bis auf eine für den Tampon bestimmte Stelle geschlossen. Heilung. **Herhold** (Altona).

31) Lund, Nichols, Bottomley. Six cases of rupture of the intestines, with 4 recoveries.

(Boston med. and surg. journ. 1902. November 27.)

1) 7jähriger Knabe, 6 Stunden vorher von einer Brücke gefallen, in der Zwischenzeit Erbrechen, Schüttelfrost, Fieber, Leibschmerz. Bei der Aufnahme Puls 140, schlecht. Leib sehr druckempfindlich. Operation 20 Stunden nach dem Falle. Im Leibe, der durch Schnitt am linken äußeren Rektusrande geöffnet wird, blutig gefärbtes Serum mit Fibrinfetzen. Därme entzündlich gerötet, große Öffnung in einer 6 cm lang von ihrem Gekröse getrennten Dünndarmschlinge. Resektion, Vereinigung mit Murphyknopf. Tod $^1/_2$ Stunde nach der Operation.

2) 46jähriger Kutscher. Hufschlag gegen die rechte Bauchseite. Keine deutlichen Zeichen von Peritonitis außer Erbrechen, Puls 100, kräftig; rechts vom Nabel kleine Blutunterlaufung, rechte Bauchseite gespannt, druckempfindlich. Operation 16 Stunden nach dem Unfalle. Schnitt am äußeren rechten Rektusrande. Trübes, fibrinflockiges Serum, die Därme unterhalb des Schnittes entzündet. Unter Verfolgung des Fibrinbelages wurden sie hervorgezogen, eine bleistiftdicke Öffnung im Dünndarme, die durch Schleimhautpfropf verschlossen war. Darmnaht. Auswaschung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung, Drainage mit Mullstreifen und Glasrohr. Ungestörte Heilung.

3) 28jähriger Fuhrmann. Erhielt einen Hufschlag gegen einen rechtsseitigen, Darm enthaltenden Leistenbruch und gegen die rechte Lendengegend. Außer

Schwellung in der Leistengegend und Druckempfindlichkeit der Lendengegend waren keine Krankheitserscheinungen vorhanden. Operation 9 Stunden nach der Verletzung. Spaltung des Leistenkanales, Bruchsack enthielt klares Serum; erst nach Eröffnung des inneren Leistenringes entleerte sich trübes, bräunliches Serum. Bei Hervorziehen des Darmes fanden sich stark entzündlich gerötete, mit Fibrin bedeckte Schlingen, in einer eine 2 cm lange, quer verlaufende Öffnung gegenüber dem Gekrösansatze. Darmnaht. Einige in der Nähe befindliche, dunkelrote, durchbruchverdächtige Stellen im Darme wurden eingestülpt und übernäht. Es fanden sich mehrere Quetschungen des Mesenteriums und einiger vergrößerter Mesenterialdrüsen. Die Därme wurden, wie auch die Bauchhöhle, mit Kochsalzlösung abgespült, Drainage. Ungestörte Heilung.

4) 32jähriger Fuhrmann. Hufschlag gegen die Magengegend 4 Stunden nach reichlicher Mahlzeit. Kurze Bewußtlosigkeit, später Übelkeit. Bei der Aufnahme weicher Puls von 100 Schlägen, sonst guter Allgemeinzustand. Die Bauchdecken rechts unten leicht abgeschürft, sehr stark gespannt, richtig »bretthart«. Leichte Dämpfung in der Blinddarmgegend. Operation 3 Stunden nach dem Unfalle. Einschnitt in der Mittellinie unterhalb des Nabels. Ausfluß von trübem, blutigem Serum, Fibrinfetzen auf dem Darme unmittelbar neben dem Einschnitte. Riß 50 cm oberhalb der Ileocoecalklappe, Kotaustritt aus derselben. Darmnaht. Auswaschen der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung, Drainage. Ungestörte Heilung.

5) 40jähriger Fischer erhielt den Stoß einer Deichsel unterhalb des linken Schulterblattes. Er konnte noch eine längere Wegstrecke gehen. Allmählich auftretende Leibschmerzen und Erbrechen führten ihn ins Krankenhaus. Puls fadenförmig, Gesicht verfallen, aschgrau, starke Schmerzen in dem aufgetriebenen Leibe. Operation wurde erst 18 Stunden später zugegeben, nachdem der Zustand noch schlechter geworden. Bauchschnitt in der Mittellinie. Sehr viel bräunliches Exsudat, mit Fibrinflocken und Stücken halbverdauter Speisen. Im Dünndarme ein die Fingerspitze durchlassendes Loch, unterhalb ein 7 cm langer, in der Längsachse verlaufender Serosariß. Naht. Drainage. Häufige Ausspülungen der Bauchhöhle mit heißem Salzwasser, intravenöse Injektionen von solchem und Analeptika vermochten den Tod, 72 Stunden nach der Operation, nicht zu verhindern.

Bei diesem letzten Falle ist die Entstehungsart durch Stoß auf den Rücken wichtig. Verf. nimmt eine Art Contrecoup an, da trotz des Falles auf den Bauch, da der Boden ganz eben war, keine direkte Gewalteinwirkung nachzuweisen war.

6) 8jähriger Knabe, überfahren. Heftige Leibschmerzen und Erbrechen danach. Zeichen von Chok bei der Aufnahme, 5 Stunden später Fieber. Leib gespannt, druckempfindlich. Abschürfung zwischen rechtem Rippenbogen und Beckenrand. Bauchschnitt in der Mittellinie, viel blutiges Serum entleert. 0,8 cm breites Loch in der Mitte des Dünndarmes, mit Schleimhautpfropf verschlossen. Naht. Ausspülung und Drainage. Ungestörte Heilung.

Aus den Krankengeschichten geht die Wichtigkeit frühzeitiger Operation deutlich hervor. Warten, bis deutliche Zeichen des Darmdurchbruches auftreten, ist für den Pat. meist verderblich. Die Gefährlichkeit der Hufschläge gegen den Leib geht ebenfalls aus dem Mitgeteilten hervor. **Trapp** (Bückeburg).

32) **A. Zawadzki.** Beitrag zur Kasuistik der Schußverletzungen des Magens.

(Kronika lekarska 1902. Nr. 16—19).

An die 21 in der Literatur bekannten Fälle von operativ behandelten Schußverletzungen des Magens schließt Verf. folgende 2 eigene Beobachtungen an:

1) Ein 14jähriger Gymnasiast erhielt einen Flaubertschuß aus nächster Nähe in die Magengegend. Die fast unmittelbar nach dem Unfalle vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund: Allgemeinbefinden ziemlich gut. Einschußöffnung 10 cm oberhalb des Nabels, links von der Mittellinie. Aus der Wunde fließt blutige gashaltige Flüssigkeit. Die Laparotomie wurde 2 Stunden nach der Verletzung vom Verf. ausgeführt. Die Bauchhöhle wurde mittels eines die Schußöffnung treffenden Schnittes eröffnet. An der vorderen Magenwand die Einschuß-

öffnung. Eine Ausschußöffnung wurde trotz genauer Inspektion des ganzen Magens nicht gefunden. Verschluß der Wunde mittels Naht. Heilung.

2) Der 2. Fall betraf einen Soldaten, welcher sich zufällig bei Beschäftigung mit seinem Dienstgewehr verletzt hatte. Medianwärts von der linken Mammillarlinie, in der Höhe der 7. Rippe eine ovale Wunde, deren längerer Durchmesser 3 cm betrug; aus der Wunde wurde Speisebrei entleert. Operation 4 Stunden nach dem Unfalle (Dr. Raum). Nach Erweiterung der Wunde gelangte man in die linke Pleurahöhle, welche ziemlich viel Mageninhalt enthielt. Die Lunge war kollabiert, im vorderen Teile des Zwerchfelles eine 5 cm lange, durch Netz verlegte Wunde. Reposition des Netzes, Naht des Zwerchfells, Tamponade der Pleura. Hierauf Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba. An der vorderen Magenwand nahe der Cardia eine 4 cm lange Wunde, in der freien Bauchhöhle Mageninhalt. Naht der Magenwunde, Jodoformgazebeutel. Tod am folgenden Morgen. **Trzebicky** (Krakau).

33) H. Weber. Zur Kritik der Beziehungen der Angina tonsillaris zur Entzündung des Wurmfortsatzes. (Aus der med. Klinik zu Breslau.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 52.)

Unter 144 Fällen von Entzündung des Wurmfortsatzes der Breslauer med. Klinik sind in 3 gleichzeitig bestehende oder kurz vorher vorausgegangene akute Entzündungen der Rachenorgane beobachtet worden. Dieselben lassen mit den bisher veröffentlichten ähnlichen Fällen, in deren einigen sogar die gleichen Krankheitserreger — Streptokokken bezw. Influenzabazillen — im Tonsillarabstrich oder Auswurf einer-, im periappendikulären Abszeßeiter andererseits nachgewiesen worden waren, die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen den beiden räumlich getrennten Entzündungsherden zu. W. vermutet mit Kretz, daß verschlucktes virulentes Bakterienmaterial die Entzündung in der Appendix veranlaßt habe. **Kramer** (Glogau).

34) Routier. Appendicite par torsion.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 631.)

Bei der Radikaloperation eines Mannes, der 3 typische Anfälle von Appendicitis durchgemacht hatte, den letzten 17 Tage vor der Operation, fand R. den Wurmfortsatz in eine Geschwulst umgewandelt, doppelt so groß wie ein Daumen, in ihrem Aussehen am ehesten vergleichbar einer Hämatosalpinx. Sie war 4mal um ihre Achse von rechts nach links gedreht. Im Bereich der Torsion war die Wand ekchymosiert und gangränös; der Teil zwischen Torsion und Blinddarm bot normales Aussehen. **Reichel** (Chemnitz).

35) J. J. Koslowski. Ein Fall operativer Behandlung des Ascites bei atrophischer Lebercirrhose.

(Russkij Wratsch 1902. Nr. 48—50.)

Der Pat., 43 Jahre alt, kein Trinker, überstand vor 20 Jahren eine Syphilis; bedeutender Ascites. Drei Punktionen vor der Operation (innerhalb 7 Wochen). Laparotomie, Einnähung des Netzes in die Tasche zwischen Bauchfell und Muskeln. Nach und nach stieg die Harnmenge von 200—400 auf 2—4 Liter, doch mußte während der nächsten $3^1/_2$ Monate noch 7mal punktiert werden, dann erst schwand der Ascites. Sehr gebessert entlassen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

36) H. Eckstein. Über Behandlung von Hernien mit Hartparaffininjektionen.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 48.)

E. berichtet über 2 günstige Fälle aus dem in der Überschrift genannten Kapitel. Eine Pat. mit doppelseitigem Leistenbruche blieb einige Monate nach

vollständiger Heilung durch Paraffininjektion in die Bruchpforte residivfrei; dann mußte an einer Seite die Injektion wegen eines unbedeutenden Residives wiederholt werden. — Ein Knabe mit einer walnußgroßen Nabelhernie blieb nach Paraffininjektion mehrere Monate bisher völlig gesund und beschwerdefrei. — Verf. ist der Meinung, daß namentlich eine bloße Bruchanlage stets durch sein Verfahren beseitigt werden kann. **Schmieden** (Bonn).

37) **L. Richard.** Note sur la cure opératoire des hernies, plus specialement envisagée dans le milieu militaire.

(Revue de chir. Ann. XXII. Nr. 9 u. 10.)

R. hat als Arzt der chirurgischen Abteilung des Garnisonlazaretts Belfort in der kurzen Zeit von 16 Monaten die auffallend hohe Zahl von 55 Brüchen operiert. Die Arbeit ist ein statistischer Bericht über die hierbei gesammelten Erfahrungen. Als gleichfalls mit den allgemein herrschenden Anschauungen nicht harmonierend ist wiederum die große Zahl von 40% durch plötzliche Gewalteinwirkung (Bauchpresse bei Anstrengung) ausgetretener Brüche hervorzuheben, von denen R. berichtet. Sonst dürfte wenig Neues aus der Arbeit zu schöpfen sein. Die Technik war im allgemeinen der von Bassini nachgebildet; die Isolierung des Bruchsackes wurde meist von dessen unterem Ende her begonnen. Das Katgut des Reservedepots konnte wegen augenfälliger bakterieller Verunreinigung des zur Konservierung verwendeten Öles nicht benutzt und mußte von neuem (nach v. Bergmann) sterilisiert werden. Die Nachbehandlung wurde eingeleitet durch mehrtägige Verstopfung. In 69% hat R. völlig aseptische Heilung erzielt, in 9,09% jedoch hartnäckige Eiterungen zu beklagen gehabt. Der Bruchsack wurde mit Seide abgebunden — doch berichtet Verf. nichts von ihrer Ausstoßung.

Christel (Metz).

38) **G. J. Breitmann.** Vereinfachung des operativen Eingriffes bei partieller Gangrän des Darmes im eingeklemmten Bruche.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Wie Arapow und Kadjan, invaginierte auch B. in 2 Fällen die gangränöse Partie in die Darmlichtung und vernähte darüber die Serosa (Enteroplicatio möchte er aus Analogie mit der Gastroplicatio diesen Vorgang nennen). Im 2. Falle war die gangränöse Stelle am eingeklemmten Dickdarme 6 × 2 cm groß und im Zentrum schon perforiert. Beide Fälle wurden geheilt; im zweiten während 2 Tagen nach der Operation leichte peritonitische Symptome.

Gückel (Kondal, Saratow).

39) **E. Patry.** Hernie inguinale étranglée; peritonite purulente généralisée 23 jours après la herniotomie; laparotomie; guérison.

(Revue med. de la Suisse romande 1902. Nr. 6.)

28jähriger Pat. seit einem Jahre linksseitiger Leistenbruch; Herniotomie; normaler Verlauf. Ligatur des Sackes und Naht der Pforte waren mit starker Seide gemacht.

23 Tage nach der Operation Symptome einer allgemeinen Peritonitis, nach 8 Tagen Laparotomie. Entleerung von ca. 1 Liter Eiter; ein Herd nicht auffindbar. Drainage der Fossa iliac. dextr. et sin., sowie der Beckenhöhle. Seit dem Eingriffe Wohlbefinden. Am 10. Tage beim Verbandwechsel ein dicker Seidenfaden aus der Wunde eliminiert. Heilung.

Verf. hält den dicken Seidenfaden für die Ursache der infektiösen Peritonitis; dieser konnte nur von der Herniotomie stammen; bei dem zweiten Eingriff wurde zur Naht des Peritoneums nur feine Seide und außerdem Katgut verwendet.

Verf. rollt u. a. die Frage auf, warum sich die peritonale Infektion erst nach so langer Zeit zeigte und nicht bösartiger verlief. Er weist dabei auf Nicolle's Untersuchung hin, der einen solchen Eiter steril fand. Wurde er ausgesät, so wuchsen nach 2—3 Wochen Staphylokokkus albus und citreus. Diese waren jedoch

sehr wenig virulent. So ließen sich schließlich die langsame Entwicklung der infektiösen Peritonitis, sowie andererseits der gutartige Verlauf derselben erklären. (Die Fadeneiterungen, zu allen Zeiten entstanden, sind bekanntlich weniger infektiös. Ref.) **Kronacher** (München).

40) F. Klaussner. Zwei Fälle von Herniotomie wegen Inkarzeration von Coecum und Proc. vermiformis bei kleinen Kindern.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 49.)

K. bringt 2 interessante Fälle zur Mitteilung; er operierte mit bestem Erfolge ein 6wöchiges Kind mit eingeklemmtem Leistenbruche, wobei der Blinddarm repositionsfähig, der Wurmfortsatz brandig vorgefunden wurde. — Ein 4 Monate altes Kind operierte er an einem nicht eingeklemmten Leistenbruche, der ebenfalls Blinddarm und Wurmfortsatz enthielten. Die Spitze des letzteren war fest mit dem Hoden verwachsen. Heilung. **Schmieden** (Bonn).

41) T. Bryant. Case of displaced strangulated femoral hernia in which the sac with its contents was displaced downwards and inwards, through an opening at the cower and of the femoral sheath in front of the adductor muscles, on the inner side of Scarpa's triangle.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 3.)

Das Wesentliche des interessanten Falles von Selbsttaxis geht aus der Überschrift hervor. Bei der Operation wurde der Schenkelkanal leer gefunden, da die Hernie durch Einreißen des seitlich vom Kanal gelegenen Gewebes so durch die Pat. reponiert war, daß sie oberhalb des Lig. Pouparti außerhalb der Bauchhöhle stranguliert lag. Nach ausgiebiger Spaltung des Schenkelringes und des einschnürenden Stranges konnte die betreffende Darmschlinge herabgeholt werden Die Pat. starb einige Stunden nach der Operation. **Herhold** (Altona).

42) Lossen. Über Harnblasenbrüche.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

L. berichtet aus dem städtischen Krankenhause zu Karlsruhe über 3 Fälle von Blasenhernien. An die ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichten schließt sich eine auf Grund der einschlägigen Literatur gewonnene Schilderung des Krankheitsbildes der Blasenbrüche vom pathologischen und klinischen Standpunkte aus. Den Schluß bildet die Besprechung der Therapie, welche nur eine operative sein kann. **Blauel** (Tübingen).

43) Walther Wendel. Über die Torsion eines »Fettbruches« und ihre Folgen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 388.)

Beobachtung aus der Marburger Klinik. 47jährige Frau, mit angeblich plötzlich entstandener, bruchartiger, hühnereigroßer Geschwulst unterhalb des rechten Leistenbandes. Einklemmungserscheinungen, Diagnose eingeklemmte Netzhernie. Statt dessen findet sich bei der Operation eine aus infiltriertem Fettgewebe bestehende rundliche Geschwulst, an einem Stiele hängend, welcher sich als leerer, 2mal um seine Achse gedrehter Bruchsack erweist. Im Zentrum dieser Geschwulst eine haselnußgroße Höhle, gefüllt mit gallertiger, grauweißer Substanz, mikroskopisch aus nekrotischem Detritus bestehend. Nach Retorsion der Achsendrehung ist zwischen dieser Höhle und der Lichtung des Bruchsackes eine feine Kommunikation nachweisbar. Epikrise: Es handelte sich um einen leeren lipomatösen Bruchsack, durchaus frei von Verwachsungen, dessen Stiel aus unbekannten Gründen (vielleicht durch Hustenstöße?) um die Achse gedreht wurde. Durch nekrotisierende Vorgänge bildete sich die als Erweichungscyste aufzufassende Höhle. Daß ein Fettbruch Pseudoeinklemmungserscheinungen bewirken kann, war bislang noch unbekannt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

44) F. Smoler. Über Adenome des Dünn- und Dickdarmes.

(Beiträge sur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

S. gibt unter Hinsufügung einer Reihe neuer Fälle aus der Wölfler'schen Klinik eine Zusammenstellung der gesamten Kasuistik über Darmadenome und sugleich eine Zusammenfassung alles dessen, was über Darmadenome bekannt ist.

Nach Voranstellung einiger wichtiger pathologisch-anatomischer Vorbemerkungen folgt die Kasuistik der Adenome des Dünndarmes. Für diese seltene Lokalisation liefert die Literatur 8 Fälle, zu welchen S. noch einen 9. Fall aus der Wölfler'schen Klinik fügt.

Für die Dickdarmadenome mit Ausschluß der Mastdarmpolypen sind 25, für letztere 22 Beispiele aus der Literatur angeführt. Zu letzteren kommen noch 8 Beobachtungen aus der Prager Klinik.

Durch die Verarbeitung dieses reichen Materials von 64 Adenomen des Darmes gibt Verf. ein klares, erschöpfendes Bild dieses relativ seltenen und daher weniger genau bekannten Leidens hinsichtlich der klinischen Erscheinungen, der Ätiologie, der Prognose und schließlich der Therapie. **Blauël** (Tübingen).

45) A. A. Kadjan. Pneumotosis cystoides intestinorum hominis.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 6.)

K. beobachtete 1893 einen Fall, der dem von Hahn in der Deutschen med. Wochenschrift 1899 Nr. 40 beschriebenen sehr ähnlich war. Eine 31jährige Frau leidet seit 2 Jahren an Schmerzen im Unterleibe, Erbrechen, abwechselnd Durchfall und Verstopfung, Ascites. 4. Oktober Laparotomie; Darmserosa ungleichmäßig (besonders reichlich am Dünndarme) mit Tuberkeln verschiedener Größe, sowie lufthaltigen Bläschen bis Pflaumengröße bedeckt. Gekrösdrüsen vergrößert, stellenweise gelb durchscheinend. Zuerst Besserung, dann kehrte der frühere Zustand wieder; daher Wiederholung der Operation am 23. Dezember. Die soliden Tuberkel sind geschwunden; wieder viel lufthaltige Bläschen, die, wie bei der ersten Operation, durchstochen und ausgedrückt, oder nach Unterbindung des Stieles abgeschnitten wurden. Am 19. Februar 3. Laparotomie; an Stelle der Tuberkel weißliche Flecken; wieder viel lufthaltige Bläschen und viel Ascitesflüssigkeit. Wieder bedeutende Besserung. — Weitere Nachrichten fehlen.

Gückel (Kondal, Saratow).

46) Herbing. Darminvagination in das Rektum infolge von Karzinombildung im S romanum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

H. veröffentlicht die Krankengeschichte eines jener seltenen Fälle, wo es sich um eine Invagination in den Mastdarm handelte. Wegen Ileuserscheinungen nähte er den Darm in die Bauchwand ein, um ihn später zu eröffnen. Noch ehe dies geschehen war, löste sich die Invagination von selbst, und es trat spontaner Stuhlgang ein. Indessen swangen erneute Darmverschlußerscheinungen, allerdings ohne daß die Invagination wieder fühlbar geworden wäre, doch noch sur Insision des eingenähten Darmstückes. In einer sweiten Sitsung wurde versucht, nach Kreusbeinresektion die Geschwulst zu exstirpieren. Allein dies Vorhaben mußte wieder aufgegeben werden, da es durch Raummangel unmöglich gemacht wurde. Schließlich wurde durch eine dritte Operation die Geschwulst durch Bauchschnitt exstirpiert und so Heilung ersielt.

Die Invaginationen in den Mastdarm sind vielleicht weniger gefährlich wie andere, da es im kleinen Becken auf beschränktem Raume leicht zu Verklebungen kommen kann, welche eine gefährliche Perforation in die freie Bauchhöhle verhüten. Dagegen läßt sich wohl nicht leugnen, daß in solchen Fällen phlegmonöse Prosesse entstehen können, gegen die man machtlos ist. Deshalb glaubt H. eine exspektative Therapie nur dann anraten zu dürfen, wenn der Kräftesustand oder andere Gründe dasu zwingen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

47) **Fröhlich** (Nancy). **Deux observations d'occlusion par vice de position de l'intestin. Rapport par M. A. Broca.**

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 542.)

Der 1. Fall betraf ein 3jähriges Kind, bei welchem seit 14 Tagen Erscheinungen von Darmverschluß bestanden. F. machte die Laparotomie, fühlte den Blinddarm ausgedehnt und einen von dem torquierten Mesenterium gebildeten derben Strang, entwickelte 2 m Darm, fand den Strang dann nicht mehr und glaubte die Einschnürung gelöst zu haben, legte aber zum Schlusse noch einen Kunstafter an. Pat. starb nach 36 Stunden. Die Autopsie ergab eine Torsion des gesamten Darmes, einschließlich des Dickdarmes um seinen Gekrösstiel. Der künstliche After war zwischen beiden Schnürstellen angelegt. — Der von Delbet für analoge Fälle gezeichnete Symptomenkomplex: »1) Schnelle Entwicklung und Größe des Meteorismus; 2) Geringfügigkeit oder selbst Fehlen kotigen Erbrechens; 3) schnelles Entstehen eines ziemlich erheblichen Ascites« wurde von F. auch in seinem Falle konstatiert.

Im 2. Falle handelte es sich um einen Volvulus des Blind- und untersten Abschnittes des Dünndarmes bei einem seit 4 Tagen erkrankten Manne. F. drehte die torquierten Darmschlingen nach Lösung des mit seinem Ende in einem kleinen Leistenbruchsacke verwachsenen Netzes zurück und erzielte Heilung. Bei diesem Pat. war das Wahl'sche Zeichen — isolierte Aufblähung der torquierten Schlinge — sehr deutlich. **Reichel** (Chemnitz).

48) **O. P. Ssuchodolski. Zur Frage der Ileusbehandlung nach Batsch.**

(Praktitscheski Wratsch 1902. Nr. 52.)

Zwei sehr schwere Fälle mit kotigem Erbrechen nach einigen Stunden; mehrfache hohe Einläufe (auch mit Glycerin) ohne Erfolg. Je 3 Injektionen innerhalb $1^1/_2$ Stunden von 0,0025 Atropin. Schwere Intoxikation, bis zu voller Bewußtlosigkeit. Nach 1 resp. 2 Tagen reichlicher Stuhlgang, darauf Heilung. — Die Pat. waren 54 resp. 22 Jahre alt, beide Männer. **Gückel** (Kondal, Saratow).

49) **H. Roeser. Ein Beitrag zur Chirurgie der Milz- und Leberverletzungen.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Der erste Teil der Arbeit behandelt die Verletzungen der Milz. Verf. bespricht im allgemeinen das klinische Bild dieser Verletzung und ihre Therapie, besonders die Exstirpation der Milz. Die Frage, ob die vollständige Entfernung dieses Organs eine berechtigte Operation sei, beantwortet er dahin, daß sie bei gegebener Indikation eine vollständig berechtigte und segensreiche Operation ist, die keinen dauernden Schaden hinterläßt.

Es folgen dann 3 Beobachtungen von Milzverletzungen aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Karlsruhe, 2 subkutane Milzrupturen, bei welchen durch Exstirpation der Milz Heilung erzielt wurde, und 1 Stichverletzung, welche infolge hinzugetretener metastatischer Pneumonie auf Grund primärer Infektion tödlich endete.

Der 2. Teil enthält zusammenfassende allgemeine Ausführungen über die Chirurgie der Leberverletzungen und eine Kasuistik von 5 Fällen des Karlsruher Krankenhauses. Dieselben umfassen 2 subkutane Rupturen, 1 Stichverletzung und 2 Schußverletzungen der Leber. Infolge der Komplikation mit Verletzungen anderer lebenswichtiger Organe wurde nur in einem Falle eine Heilung erzielt.

Blauel (Tübingen).

50) **R. Schwarz. Considerazioni sopra dieci splenectomie per splenomegalia malarica associata ad ectopia.**

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1902. Nr. 96.)

Die 10 vom Verf. mitgeteilten Fälle betrafen ausschließlich Milzgeschwülste infolge von Malaria, kombiniert mit Ektopie, welch letztere z. T. erhebliche Be-

schwerden machte. Der Operation direkt ist nach S. kein Todesfall zur Last zu legen; allerdings starb eine Pat. 14 Tage nach der Operation infolge einer von den linken Adnexen ausgehenden Entzündung. 6 Fälle waren mit Stieltorsionen kombiniert. Die Malaria selbst wurde durch die Operation nicht wesentlich beeinflußt. — S. kommt zu dem Schlusse, daß die Exstirpation einer größeren Milzgeschwulst nach Malaria und kombiniert mit Ektopie ein empfehlenswertes Heilverfahren darstellt. Die Operation wird notwendig bei Stieltorsion.

A. Most (Breslau).

51) **v. Arx** (Olten). Über Gallenblasenruptur in die freie Bauchhöhle.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 19.)

Eine 48jährige Frau, die früher schon wiederholt an »Magenkrämpfen« gelitten, bot während eines neuen Anfalles eine stark gefüllte, harte Gallenblase. Nach 24stündiger durch Opiate erzielter Ruhe fühlt sie plötzlich nach vergeblichem Pressen zum Stuhl einen heftigen Schmerz; danach entwickelt sich das Bild der Perforationsperitonitis, nur daß gewisse Symptome der Sepsis fehlen: es trat kein rascher Kollaps ein; die Angst und Beklommenheit, das verfallene Aussehen, der Schüttelfrost blieben aus. Am folgenden Tage (nach wieviel Stunden?) Medianschnitt; Ausfluß reichlicher Galle mit Fibrinfetzen. Die zusammengefallene Gallenblase, deren Wand verdickt, zeigt einen 2 cm langen Riß am Blasenhals, dahinter einen Stein, der durch Schnitt im Fundus entfernt wird. Cholecystostomie und Naht des Risses. Heilung mit kleiner Gallenfistel, die sich nach einem ersten Verschließungsversuch nicht ganz schloß. Verf. vermochte nur durch heiße (55°) Kochsalzlösung das gallig imbibierte Bauchfell zu säubern.

P. Stolper (Breslau).

52) **W. Manton.** Removal of the gall-bladder through the lumbar incision.

(Amer. assoc. of obstetr. and gynecol. 14 annual meeting. Washington 1902.)
(Buffalo med. journ. 1902. November.)

38jährige Pat. Operation wegen der Erscheinungen einer rechtsseitigen Nephroptosis mit gleichzeitiger cystischer Degeneration der Niere. Bei der lumbalen Freilegung der Niere zwecks Annähung zeigt sich jedoch, daß die Fettkapsel von Verwachsungen umgeben, dagegen die Niere selbst normal ist. Doch liegt unterhalb der Niere die ausgedehnte, verwachsene und steinhaltige Gallenblase, welche durch den Lumbalschnitt entfernt wird. Hierauf Nephropexie. Heilung.

Mohr (Bielefeld).

53) **E. Peiser.** Zur Kenntnis der Pankreasnekrose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 302.)

Eine Beobachtung aus dem Berlin-Moabiter Krankenhaus.

28jährige Frau, vor 5 Jahren wegen eitriger Peritonitis mit Glück operiert, jetzt entbunden, wobei die Placenta unter sehr starkem Blutverlust manuell entfernt wurde. 2½ Wochen nach der Entbindung ganz plötzliche Erkrankung mit sehr heftigem, galligem Erbrechen, anhaltenden starken Leibschmerzen, Appetitlosigkeit, Verstopfung. Nach Fühlbarwerden einer härtlichen Vorwölbung in der Magengegend Zugang ins Krankenhaus, woselbst diese Vorwölbung, prallelastisch, im Epigastrium unterhalb des linken Rippenbogens bis oberhalb des Nabels wahrgenommen und als Pankreascyste diagnostiziert wird. (Lage derselben zwischen Magen und Kolon, wie Luftaufblähung des letzteren beweist.) Operation zweizeitig: erste Sitzung Einnähung der »Cyste« in die gemachte mediane Bauchschnittwunde, zweite Sitzung Quereröffnung mit Paquelin. Entleerung gelblicher, breiiger Flüssigkeit nebst größeren schmierigen, gelblichen Fetzen, im ganzen ca. 20—30 ccm. Mit dem Finger ca. 12 cm lange, quer verlaufende, mit schwammigem Gewebe gefüllte Höhle eingehbar. Befund: in dem Sekrete viel Fettkörnchen, so-

wie gelblich-bräunliche Pigmentschollen, diverse Mikroorganismen; in den Gewebsfetzen Fettzellen und körnige Massen nebst Blutpigment. Verlauf bei leichten abendlichen Temperatursteigerungen ziemlich befriedigend. Am 9. Tage nach der zweiten Operationssitzung wird mit der Zange ein 19 cm langer und an der dicksten Stelle 3 cm breiter Gewebssequester extrahiert, welcher sich als Pankreas erweist. Er ist von festweicher Konsistenz, hellgelb, stellenweise schiefriggrau pigmentiert, auf Durchschnitten an einzelnen Stellen dunkelschwarzrot. Bei mäßiger Sekretion heilte die Fistel langsam. Doch bewirkt ein schon vorher gefundener Diabetes großen Kräfteverfall und 5 Monate nach der Operation den Tod. Keine Sektion.

Der Fall charakterisiert sich als eine infolge von Blutungen eingetretene Nekrose des Pankreas, und ist von Wichtigkeit, daß er eine Puerpera betraf. Mutmaßlich war die starke Nachgeburtsblutung ätiologisch von Bedeutung, und veranlaßte die von ihr bewirkte Anämie die Disposition zur Pankreasblutung. P. stellt seinem Falle 8 aus der Literatur zur Seite, in denen ebenfalls die Erkrankung im Wochenbette einsetzte. Da nun bei bislang von den im ganzen 121 Fällen hämorrhagischer Pankreatitis 42 Weiber gezählt werden, zeigen sich unter den Frauen die Puerperae mit 20% beteiligt, und scheint Schwangerschaft und Geburt eine ätiologische Rolle für die Krankheit zu spielen. Zu erwähnen ist noch, daß in dem P.'schen Falle die Darreichung von Pankreastabletten gar keinen Erfolg hatte.

Eine Pankreatitis haemorrhagica ferner wurde 2mal beobachtet und ohne Erfolg laparotomiert. Fall 1. 55jährige Frau, akut unter Symptomen von Perforationsperitonitis erkrankt. Bei der Laparotomie ergebnislose Absuchung des Blinddarmes nebst Wurmfortsatz, des Duodenums und Magens auf eine Perforation. Starke sulzige Durchtränkung der tiefen Gewebe in der Duodenalgegend, Ausquellen riesiger Mengen Flüssigkeit daselbst. Entblößen des Pankreas durch Ablösung des Netzes vom Pylorus. Das Pankreas ist am Kopfe mandarinengroß geschwollen, mit teils blutigen, teils gelblichen, linsen- bis bohnengroßen Flecken bedeckt, übrige Teile des Organs stark geschwollen. Tamponade, schlechter Verlauf, † am 3. Tage. Sektion: Peritonitis, Fettgewebsnekrosen hinter dem Blinddarm und in der Umgebung des Pankreas. Fall 2. 53jähriger Gastwirt, sehr starker Potator, fettreich, ebenfalls akut unter peritonitischen Erscheinungen erkrankt, welche auf Inkarzeration eines apfelgroßen Fettbruches der Linea alba über dem Nabel bezogen wurden. Der Bruch war am ersten Tage durch einen Arzt angeblich reponiert, worauf vorübergehend Erleichterung. Am 4. Tage Spitalaufnahme und Operation. Bei Öffnung der Bauchhöhle, die zur Aufklärung der Stielverhältnisse des »Bruches« bezw. Lipoms stattfand, ergeben sich dicht stehende stecknadelkopf- bis linsengroße gelbliche Flecken auf dem ganzen Netze und der Gekröswurzel. (Fettnekrosen.) Tod nach 2 Tagen. Sektion: beginnende, fibrinöse Peritonitis, zahlreiche Fettgewebsnekrosen, im Winslow'schen Sack bräunlichrötliche Flüssigkeit, hämorrhagische Infiltration des Pankreas. Nephrolithiasis dextra und 6 Steine in der Gallenblase. — Auch an diese Fälle werden einige epikritische Allgemeinbemerkungen nebst Anziehung der Literatur geknüpft, von letzterer zum Schluß ein Verzeichnis von 104 Nummern beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

54) S. P. Fedorow. Zur Kasuistik der Unterleibsgeschwülste.

(Chirurgie 1902. Oktober. [Russisch.])

40 Jahre alte Frau. Seit November 1901 Nephritis. Bald darauf wurde eine Geschwulst im Bauch bemerkt. Im März 1902 ist dieselbe etwa kopfgroß, liegt mitten im Bauch, ist seitlich, nicht aber nach oben und unten verschieblich, geht nicht von Leber, Milz und Genitalien aus. Die Operation zeigte, daß sie zwischen den Blättern des Lig. gastrocolicum entsprang, in die Bursa omentalis und zwischen Magen und Querkolon hineinwuchs, letztere weit auseinander drängend. Feste Verwachsungen mit der hinteren Magenwand und dem Querdarm. Nach Entfernung der Geschwulst ist der Querdarm 15 cm weit vom Mesokolon und großen

Netz abgelöst; das Stück wurde invaginiert und so durch Nähte fixiert, um die Operation nicht durch Darmresektion zu erschweren. Die bis zur Muskelschicht entblößte hintere Wand des Magens (Wunde hier 12×5 cm groß) wird mit Seide genäht, ebenso die Öffnung im Netz und die Bauchwand. 5 Tage lang Aufstoßen, Erbrechen, stinkende Stühle, dann Heilung. — Die Geschwulst war fast 3,5 kg schwer, zeigte den Bau eines Sarcoma fusocellulare myxomatodes.

Gückel (Kondal, Saratow).

55) J. B. Seldowitsch. Die Behandlung der Narbenstrikturen der Speiseröhre mittels Elektrolyse.

(Russkij Wratsch 1903. Nr. 1.)

Drei Fälle, Striktur nach Verätzung mit Salzsäure, resp. Acid. nitricum, resp. Cyankalium, alle 3 mit ziemlich unnachgiebigen Narben. Nr. 1 wurde in 3 Sitzungen von $8^1/_3$ auf 13 mm dilatiert, Nr. 2 in 3 Sitzungen von $3^1/_3$ auf 11 mm, Nr. 3 in 2 Sitzungen von 6 auf 10 mm. In den beiden ersten Fällen verengte sich die Öffnung während mehrerer Monate nach der Behandlung nur sehr wenig. — Verf. spricht sich warm für die Elektrolyse aus, die leider noch wenig geübt wird: im Handbuch von v. Bergmann, Bruns und v. Mikulicz wird sie z. B. nur kurz erwähnt.

Gückel (Kondal, Saratow).

56) Kopfstein (Jungbunzlau). Beitrag zur operativen Behandlung der vorderen eitrigen Mediastinitis.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 45 u. 46.)

Verf. beginnt mit einer Besprechung der Ätiologie und unterscheidet 1) traumatische (die seltenste), 2) aus der Umgebung fortgeleitete (die häufigste) und 3) metastatische vordere Mediastinitis. Nach Hare kommen auf 115 eitrige nur 16 nicht eitrige vordere Mediastinitiden. Die aus der Umgebung fortgeleiteten Formen entstehen bei Halsphlegmone, bei Pleuritis, Perikarditis, Caries sterni, Tuberkulose der Lymphdrüsen, Lungenkavernen, Entzündungen der Thymus, Perforation der Trachea etc. Die tuberkulösen Formen sind gutartiger und nehmen im allgemeinen einen chronischen Verlauf, die infektiöseitrigen dagegen führen leicht zu Sepsis; Perforationen nach außen, sowie in innere Organe hinein sind an der Tagesordnung. Die Resektion bezw. Trepanation des Brustbeines kann allein die Gefahren abwenden und Heilung bringen.

K. kann die Kasuistik um 4 Fälle bereichern. Das 1. Mal handelte es sich um eine Gasphlegmone des Halses, die er in Behandlung bekam, als sie schon das vordere Mediastinum ergriffen hatte (Todesfall). — Das 2. Mal handelte es sich um Karies des Brustbeines mit retrosternalem fungösem Abszeß. — Das 3. Mal hatte sich ein chronischer Eiterungsprozeß an den Stoß eines Kuhhorns gegen das Brustbein angeschlossen; im 3. Interkostalraume brach der Eiter nach vorn durch und bildete einen Abszeß unter der Brustmuskulatur. Erst bei der Operation klärte sich der eigentliche Sachverhalt auf. — Wie in den beiden letzten Fällen, so führte auch in dem 4. Falle die Operation zur Heilung. Es handelte sich um einen jungen Menschen, der seit einem Typhus von unzähligen metastatischen Weichteil- und Gelenkeiterungen geplagt wurde; die schwersten Erscheinungen aber machte eine enorme retrosternale Eiterung, die am Proc. xiphoideus, am 3. Rippenknorpel und am Halse nach außen perforierte; eine ungeheuere Phlegmone unter den Brustmuskeln trat hinzu. Das Einzelne des interessanten Falles, der durch große Spaltungen endlich glücklich verlief, muß im Original nachgelesen werden.

Schmieden (Bonn).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 11. Sonnabend, den 14. März. 1903.

Über die einzelnen Phasen der Betäubung zu Beginn der Narkose.

Von

C. Hofmann in Köln-Kalk.

Einer praktisch sehr bedeutungsvollen Anregung von Sudeck[1], verdanken wir eine Narkotisierungsart, welche mehr als geeignet erscheint, erfolgreich und dauernd für viele kürzere Operationen die tiefe Narkose entbehrlich zu machen. Sudeck hat nämlich die Eigenschaft des Äthers, in geringer Dosis und kurze Zeit verabreicht schon schmerzaufhebend zu wirken, zuerst praktisch verwandt; er hat den von ihm in dieser Weise erreichten Zustand als Ätherrausch bezeichnet, und die Methode hat dann auch bei Ätherfreunden

[1] Sudeck, Zentralblatt für Chirurgie 1902. Nr. 13.

(Teweles[2], Ehrich[3], Küttner[4]) besonders Anklang und Nachahmung gefunden; in beschränkter Weise freilich bei anderen, da sich der eine wohl nicht mit der Anwendungsweise, ein anderer nicht mit dem Äther und ein dritter überhaupt mit der Idee einer so schnell und frühzeitig eintretenden Betäubung nicht befreunden konnte. Die Idee Sudeck's und ihre praktische Durchführung ist aber zweifellos nicht nur richtig, sondern schließt noch viel weitere Konsequenzen in sich. Der Rauschzustand wird nämlich nicht allein von dem Äther in der von Sudeck angegebenen Darreichungsform erzeugt, er ist sogar nicht einmal dem Äther als solchem eigentümlich, sondern tritt auch bei jeder Art der Chloroform- und Mischnarkose auf. Riedel[5] hat bereits auf einen ähnlichen, von ihm minimale Chloroformnarkose genannten Zustand hingewiesen, der aber zweifellos auch nicht nur in der von Riedel angegebenen Darreichungsweise (Tropfmethode, in 2 Minuten 80—100 Tropfen gegegeben) erzielt wird, sondern bei jeder anderen Narkotisierungsmethode auftritt. Wir müssen, und hierin liegt das Wesentliche der Frage, bei jeder Narkose ein Vorstadium, in welchem bei teilweiser Erhaltung des Bewußtseins die Schmerzempfindung, wenn auch nur kurz und vorübergehend, aufgehoben ist, von der viel später eintretenden Dauernarkose, bei welcher ja die Sinnesorgane völlig ausgeschaltet werden, unterscheiden. Man kann dieses lange vor dem Exzitationsstadium einsetzende narkotische Vorstadium gradezu als Frühnarkose im Gegensatz zur späteren Dauernarkose bezeichnen, weil die Ausschaltung der Schmerzempfindung, auf welche es ja bei der Narkose allein ankommt, vorübergehend eintritt zu einer Zeit wo die Sinnesorgane noch bis zu einem hohen Grade funktionieren können.

Von dem Auftreten dieser Frühnarkose kann man sich bei jeder in irgend einer der gangbaren Formen ausgeführten Allgemeinnarkose überzeugen. Sie tritt sehr bald und lange vor dem Exzitationsstadium ein und gibt sich äußerlich schon dem damit vertrauten und aufmerksamen Beobachter durch ein charakteristisches Verhalten des Pat. kund; wenn jemand zu Beginn der Narkose unruhig war, dann überkommt ihn eine gewisse Ruhe, oder wenn umgekehrt jemand ruhig gezählt hat und schwankt dann plötzlich in den Zahlen, zählt falsch etc., dann hat die Frühnarkose angefangen. Sie hält nun bei Unterbrechung der Narkose höchstens wenige Minuten an, dauert aber auch selbst bei Unterhaltung derselben in der angefangenen Weise nicht länger und geht in Ausnahmefällen fast momentan vorüber, so daß sie sogar unbemerkt bleiben kann. Ganz vermissen wird man sie aber bei genauer Beobachtung nie. Vom Eintreten derselben kann man sich am besten durch Kneifen

---

[2] Teweles, Wiener klin. Wochenschrift 1901. Nr. 37.
[3] Ehrich, Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 34.
[4] Küttner, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.
[5] Riedel, Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 27.

des Pat. an der Innenseite des Oberschenkels überzeugen. Verträgt er dies, dann wird er jeden sonst sehr schmerzhaften Eingriff nicht fühlen, wenn er auch das unbestimmte Bewußtsein der Ausführung hat.

Nicht leicht wird die Frage nach der Entstehung der Frühnarkose zu beantworten sein. Ehrich glaubt beim Sudeck'schen Ätherrausch dem psychischen Eindruck eine große Rolle zuschreiben zu müssen. Dem ist aber wohl nicht so; denn mir ist bereits vor Jahren, als ich mich näher mit der Äthertropfnarkose experimentell beschäftigte, dieses rasch vorübergehende narkotische Vorstadium zufällig aufgefallen und hat dann sogar wesentlich zur weiteren Ausgestaltung der Äthertropfmethode beigetragen. Von einer psychischen Einwirkung konnte dabei also keine Rede sein; denn was man nicht beabsichtigt, kann man auch nicht beeinflussen. Und so ist die von Ehrich schon abweichende Sudeck'sche Auffassung, nach welcher »die Anästhesie (des Ätherrausches) zum allergrößten Teil rein medikamentöse Ätherwirkung ist«, noch dahin zu erweitern, daß die Anästhesie der Frühnarkose auf ausschließlicher Wirkung des Narkotikums beruht. Diese narkotisierende Wirkung hängt wohl eng mit der Beobachtung[6] zusammen, daß sowohl Äther als auch Chloroform, in geringer Menge verabreicht, narkotisierend, in größerer dagegen in der nämlichen Zeit exzitierend (Exzitationsstadium!) wirken und dann erst bei weiterer Einverleibung größerer Dosen oft unter bedrohlichen Erscheinungen bezüglich der Herztätigkeit und der Atmung zur Dauernarkose führen, während bei langsamer Darreichung geringer Mengen meist ohne oder nur mit geringer Exzitation eine vollständige Betäubung erreicht wird. Wie die Wirkung im einzelnen vor sich geht, wissen wir ja leider nicht; so viel ist aber wohl sicher, daß jedes Narkotikum sehr bald ein kurzes, selbst beim ununterbrochenen Verabreichen des Mittels vorübergehendes Stadium der Anästhesie erzeugt, dem ein längeres durch eine geringere oder stärkere Exzitation zum Abschluß gebrachtes Stadium, in welchem keinerlei Anästhesie besteht, folgt, und das dann schließlich über die längst bekannte Halbnarkose hinweg zur vollen Dauernarkose führt. Die schon vor einer Reihe von Jahren von v. Mikulicz[7] für das Chloroform und neuerdings von Kronacher[8] für den Äther (koupierte Äthernarkose) empfohlene Halbnarkose ist, wie wir sehen, von der Frühnarkose grundverschieden. Sie treten beide zu verschiedenen Zeitpunkten auf, und außerdem läßt sich die Frühnarkose nicht protrahieren. Tut sie es scheinbar doch, dann handelt es sich bereits um die Halbnarkose, welche durch weitere Verabreichung des Narkotikums eintreten muß und es auch unbemerkt kann, da selbstverständlich bei der sehr großen individuellen Verschiedenheit die einzelnen Stadien des vorher gezeichneten Schemas

[6] cf. Hofmann, Zur Anwendung des Äthers als allgemeines Betäubungsmittel; Äthertropfnarkose. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV.

[7] v. Mikulicz, Berliner klin. Wochenschrift 1894. Nr. 46.

[8] Kronacher, Zentralblatt für Chirurgie 1901. Nr. 19. p. 489.

fast unbemerkt und oft schnell ineinander überfließen können. Dem darauf Achtenden werden die einzelnen Phasen aber doch nicht entgehen.

Vielleicht wird der Hinweis auf die Frühnarkose, die, wie gezeigt, bei jeder Narkotisierungsmethode, ob gewollt oder nicht gewollt, eintritt, dazu führen, daß ein recht ausgiebiger Gebrauch von ihr gemacht wird. Alle kurz dauernden, nicht absolutes Ruhighalten erfordernden Operationen können in ihr ausgeführt werden; tritt Schmerzäußerung ein, dann kann ruhig inzwischen mit dem Narkotisieren fortgefahren werden, und zwar in der dem Operateur jeweilig gelegensten Narkotisierungsart; die Fortsetzung der Operation geschieht dann in Halb- oder Vollnarkose. Es handelt sich für keinen Operateur um das Ausprobieren einer Neuheit, sondern nur um die geschickte Ausnutzung einer Narkosenphase, die für die Ausführung kleiner und Voroperationen wie geschaffen ist. Oft müssen vor größeren Eingriffen Fisteln ausgekratzt, Höhlen und Körperöffnungen tamponiert und vernäht werden etc.; alles Eingriffe, die, ohne die Herbeiführung der vollen Narkose zu beeinträchtigen, schon in der Frühnarkose zweckmäßigerweise ausgeführt werden. Daneben wird die Frühnarkose in der poliklinischen Tätigkeit und vor allen Dingen vom praktischen Arzte mit viel Vorteil angewandt werden können.

Ich selbst benutze zur Erzielung der Frühnarkose die Äthertropfmethode mit oder ohne vorherige Morphiumdarreichung; in der Regel genügen wenige Kubikcentimeter Äther, um in 1—2 Minuten das anästhetische Stadium zu erzielen. Die Pat. sind hinterher sofort wach und zweifellos auch nicht in dem bisherigen Sinne betäubt gewesen; denn noch jüngst versicherte mir eine sehr urteilsfähige und scharf beobachtende Dame, sie habe wohl gemerkt, empfunden, daß der Eingriff (große Inzision!) ausgeführt werde, sie habe auch alles gehört, aber keine Schmerzen gehabt.

---

1) **O. Witzel.** Wie sollen wir narkotisieren?

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

W., der lebhaft für die Äthernarkose in Form der Tropfmethode eintritt, bespricht in diesem Vortrage eingehend die Art ihrer Anwendung, die er für wesentlich schwieriger, aber auch gefahrloser, als die Chloroformnarkose, selbst mit dem Anschütz'schen Präparat, hält. $^3/_4$—1 Stunde vor der Operation wird Morphin verabfolgt, längere Zeit vorher der Mund und die Luftwege durch Mundspülungen, Einatmung von Kochsalzwasser- oder Terpentindämpfen möglichst desinfiziert, bei der Betäubung der Kranke mit tiefliegendem Kopfe bei stark hintenüber gebeugtem Nacken gelagert und für Ventilation der Luftwege mittels systematischer Atembewegungen gesorgt. In schwierigen Fällen werden in der Zeit vor Eintritt der Toleranz 15—30 Tropfen Chloroform auf die Maske geträufelt, als-

dann mit dem Äther weiter fortgefahren; von letzterem wurden bei kurzen Operationen ca. 50—70, bei längeren ca. 100 g verbraucht. — Nach der Operation mildert die Zufuhr frischer Luft, verbunden mit Mundspülungen, die Neigung zum Erbrechen, die nach der W.'schen Methode aber überhaupt gering ist. Sorge für systematische, tiefe Atmung, möglichst frühzeitiges Aufstehenlassen der Operierten bezw. öfterer Lagewechsel derselben, event., wie auch in den Tagen vor der Operation, Strophantus mit Digitalis kommen weiter zur Anwendung. — Zum Schluß erwähnt W. noch, daß er in einigen Fällen von vorzüglich erreichter Betäubung mittels Morphin-Scopolamineinspritzungen Herzschwäche als Folge der Scopolamindarreichung beobachtet hat. **Kramer** (Glogau).

---

2) **H. Gotard.** Die Bedeutung des Chloroforms bei plötzlichen Todesfällen während der Operation.

(Gaz. lekarska 1902. Nr. 49.)

Auf Grund eigener Beobachtungen, sowie eines genauen Studiums der Literatur gelangt Verf. zu dem Schlusse, daß die plötzlichen Todesfälle zu Beginn der Operation, wo entweder noch gar kein Chloroform oder kaum einige Tropfen verwendet wurden, als Chok zu deuten sind, und bei rechtzeitiger Berücksichtigung desselben sowie sachgemäßer Rettungsaktion eine Wiederbelebung in der Regel möglich ist. **Trzebicky** (Krakau).

---

3) **F. v. Winckel.** Über Narkosen mit dem Schleich'schen Gemisch I.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

v. W. kommt auf Grund der sehr sorgfältig verzeichneten Beobachtungen, welche in ca. 100 Fällen von Narkose mit dem aus Äthylchlorid, Chloroform und Aether. sulf. bestehenden Gemisch gemacht wurden, zu dem Ergebnis, daß dieses Gemisch I Schleich's vor dem Äthergebrauch mindestens keine wesentlichen Vorzüge habe, daß bei demselben bedrohliche Zustände während und nach der Narkose sogar noch häufiger als bei letzterem eintreten, trotzdem die Zeit und das Quantum des Verbrauchs geringer wie bei diesem sind. **Kramer** (Glogau).

---

4) **H. Girard.** Le chlorure d'éthyle en anesthésie générale.

(Revue de chir. 1902. Nr. 10—12.)

Die ausführliche Arbeit behandelt das Thema nach allen Richtungen gleich gründlich. Zwar verfügt G. über nur 78 Beobachtungen an Menschen, doch hat er seine Kenntnis der Chloräthylwirkung durch zahlreiche Tierversuche vertieft.

Im allgemeinen werden die Angaben früherer Autoren (König, Wiesner u. a. m.) bestätigt und das Chloräthyl als Allgemeinanästhetikum zahlreicher Vorteile wegen gepriesen.

Sie bestehen 1) in der schnell narkotisierenden Wirkung, die nach 30 Sekunden bis spätestens 5 Minuten vollständig ist (seltene Mißerfolge ausgenommen), 2) in dem angenehmen Geruch des Mittels, 3) seiner Eigenschaft, die Schleimhäute nicht zu reizen, so daß es ohne Widerwillen eingeatmet wird und keine Reflexkrämpfe erzeugt, 4) im Fehlen heftiger Exzitationen in der pränarkotischen Periode. Der Rausch ist ein absoluter und hinterläßt auch bei kürzester Dauer keinerlei unangenehme Erinnerung. Das Erbrechen fehlt in mehr als der Hälfte der Fälle nach dem schnellen, bald vollständigen Erwachen; die Operierten fühlen sich bald beschwerdefrei.

Bei diesen Vorzügen eignet sich das Chloräthyl in erster Linie als Einleitung der Chloroformnarkose, indem Zeit gespart und deren heftiger Exzitation und Kehlkopfreflexen vorgebeugt wird, sowie zur Erzielung kurzer Narkosen für kleinere Eingriffe, Reduktionen, Inzisionen, Dehnungen etc. Jedoch gelingt es bei richtiger Technik und Aufmerksamkeit, die Anästhesie für 40—50 Minuten (Wiesner) zu unterhalten.

Hierbei verwendet G. eine Maske mit Doppelklappenventil nach Hirschler-Clover; dieselbe muß sicher arbeiten und dem Gesicht fest anliegen. Der schellenförmige, mit Watte gefüllte Rezipient wird aus 50 ccm haltigen graduierten Tuben (mit nicht zu feinem Strahl) mit ca. 5—6 ccm Chloräthyl beschickt. Weite Pupillen und Erlöschen der Palpebralreflexe zeigen den Eintritt der allgemeinen Narkose an. Nur die natürlichen Öffnungen behalten eine gewisse Empfindlichkeit (vor allem der After). Sobald der Palpebralreflex wieder bemerkbar ist, gieße man sofort auf, denn das Erwachen ist höchst peinlich, weil völlig, mit lebhafter Exzitation und Überempfindlichkeit verbunden. Deshalb erfordert die verlängerte Chloräthylnarkose gespannte Aufmerksamkeit.

Den großen Vorteilen gegenüber, die das Chloräthyl als Narkotikum bietet, ist zu betonen, daß mehrtägige Albuminurie wiederholt danach beobachtet wurde — auch bei Tieren — und zur Vorsicht mahnt.

Bei Tierexperimenten konnte Verf. feststellen, daß nur hochgradige Sättigung des Körpers mit Chloräthyl zum Tode führe. Wenn sich die Behauptungen König's bestätigen ließen, daß es die Erregbarkeit des Vagus fast völlig aufhebe, so wäre dadurch eine große Garantie für die Vermeidbarkeit der Synkope gegeben.

Daß die Arbeit weiteste Beachtung verdient, braucht wohl kaum besonders begründet zu werden. **Christel** (Metz).

5) **Tuffier.** L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 413.)

6) **Chaput.** De la cocaïnisation lombaire.
(Ibid. p. 451.)

7) **Vincent** (Alger). Sur la méthode d'anesthésie par la cocaïnisation rachidienne.
(Ibid. p. 587.)

T. hat zur Zeit vielleicht die größte Erfahrung über den Wert der Anästhesie durch Injektion von Cocain in den Subarachnoidalraum des Rückenmarkes; er benutzte sie bei nicht weniger als 400 Operationen. Die von anderen gemachten schlimmen Erfahrungen glaubt er auf fehlerhafte Technik schieben zu müssen; er verlangt deshalb strenges Festhalten an folgenden Vorschriften:

Der Kranke muß außerhalb des Operationssaales analgesiert werden, damit die schreckhaften Einflüsse des letzteren wegfallen. Die Injektion darf nicht mittels Trokars, sondern muß mit einer Kapillarnadel mit nicht zu langer, aber auch nicht zu kurzer Schneide vorgenommen werden. Als beste Injektionsflüssigkeit fand T. eine 2%ige salzsaure Cocainlösung; schwächere Lösungen oder Eukain oder Tropacocain bewährten sich nicht so gut. Die Punktion soll in Höhe der Verbindungslinie beider Hüftbeinkämme ausgeführt werden. Schwierigkeiten in der Ausführung der Punktion und Injektion kennt T. nicht. Sowie die Cerebrospinalflüssigkeit beginnt abzufließen, wird sofort die Cocainlösung mit einer gut schließenden Pravaz-schen Spritze, und zwar ganz langsam — mehr als eine Minute für 1 g Flüssigkeit — injiziert. Bei schneller Injektion dehnt sich die Analgesie weiter aus und reicht höher hinauf. Gewöhnlich beginnt die Schmerzlosigkeit an den unteren Extremitäten, zuweilen aber an den Genitalien. Aufwärts reicht sie bis zum Epigastrium, bei schnellerer Einspritzung und einer Dose von 3 cg aber bis zu den oberen zwei Dritteln des Brustkorbs.

Bei Beachtung vorerwähnter Regeln hält T. die Methode für ungefährlich. Als unangenehme Begleiterscheinungen erwähnt er nur Erbrechen während und langanhaltendes Kopfweh nach der Operation. Die Sterblichkeit infolge der Cocainanästhesie während der Operation sei gleich Null; alle Todesfälle, die man der Methode zur Last gelegt hat, seien erst nach der Operation erfolgt. Die von Reclus, welcher eine Sterblichkeit von 6 auf 2000 ausrechnet, angeführten Todesfälle läßt er nicht gelten, sucht vielmehr im einzelnen nachzuweisen, daß sie nicht Folgen der Cocainanästhesie seien.

C. hat die Cocainisierung des Rückenmarkes 57mal ausgeführt. Er sagt, er habe die Methode Tuffier's adoptiert, weicht aber doch in Einzelheiten der Technik von ihm ab. So benutzt er eine 1%ige Cocainlösung und injiziert sie fast stets schnell. Von 51 Fällen, über welche er genaue Aufzeichnungen besitzt, war die Anästhesie vollkommen in 35, ziemlich gut in 11 und ungenügend, so daß

Chloroform gereicht werden mußte, in 5 Fällen. Die Mißerfolge waren viel zahlreicher bei Frauen als bei Männern. Die Höhe, bis zu welcher die Anästhesie hinaufreichte, hängt zwar nicht absolut, aber im allgemeinen doch in gewissem Grade von der injizierten Dosis des Cocains ab. Dosen von $1^1/_2$ cg genügten in der Regel für Operationen an den unteren Extremitäten, solche von 2 cg für Operationen am Rumpf unterhalb des Brustbeines; $2^1/_2$—3 cg wurden verabreicht für Operationen an der oberen Hälfte des Brustkorbes und an den oberen Extremitäten. Für letztere empfiehlt C. indes mehr die allgemeine Narkose. — Erbrechen während der Operation hatte 20mal statt und fehlte in 28 Fällen, war seltener beim Mann wie der Frau. — Der Puls wird stark beschleunigt und leicht unterdrückbar, in einigen Fällen war er fadenförmig, sogar unfühlbar. Überstieg die Pulsfrequenz 120 Schläge pro Minute, so stellte sich oft lebhaftes Augstgefühl ein, doch angeblich nie wirklich bedrohliche Zustände. — Temperatursteigerung nach der Cocainisierung wurde unter 38 Fällen 28mal beobachtet, bald nur gering, bald bis 39° und 40°, aber ohne sonstige Störung des Allgemeinbefindens. Postoperatives Erbrechen wurde nur 9mal in 42 Fällen verzeichnet, 2mal aber 5 Tage lang unstillbar. — Sehr häufig und lästig folgte intensiver Kopfschmerz von mehrtägiger Dauer.

Als Vorteile der Anästhesie mittels Cocain bezeichnet C. das Fehlen von Chok, die Unschädlichkeit für Nieren und Leber. Kontraindiziert hält C. die Methode bei Kindern, nervösen Personen schwierigen Laparotomien.

V., der die Cocainisierung des Rückenmarkes bei 100 Operationen versuchte, bestätigt im allgemeinen die Angaben Tuffier's, hat wirklich beunruhigende Störungen bei keinem Pat. beobachtet.

Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes erscheint es nicht ohne Interesse, die in der langen sich anschließenden Diskussion laut gewordenen Stimmen anderer Chirurgen in aller Kürze wiederzugeben:

Nélaton beobachtete unter 150 Fällen fünf völlige Mißerfolge, gänzliches Ausbleiben oder ungenügende Anästhesie; in einem Falle gab der Zustand des Pat. 8 Minuten nach der Injektion zu hochgradigster Besorgnis Anlaß; der Puls fehlte vollständig, unaufhörliches Oppressionsgefühl, gewaltigste Unruhe quälten den Kranken; erst nach $^1/_4$ Stunde besserte sich sein Befinden. In 45 Fällen, von N. als mittelmäßige Resultate bezeichnet, bestanden Blässe, kalter Schweiß, allgemeines Unbehagen, Kopfschmerz, Erbrechen, Beschleunigung und Kleinheit des Pulses, ohne daß jedoch der Zustand des Operierten ernste Besorgnis erweckte; 80mal war das Resultat ein gutes, 20mal sogar ein vorzügliches. N. hält die Cocainisierung des Rückenmarkes für indiziert bei allen kurzdauernden typischen Operationen am Becken und den unteren Extremitäten, bevorzugt bei atypischen, lang dauernden, insbesondere auch bei Laparotomien aber die allgemeine Narkose.

Schwartz hält die Technik der Punktion und Injektion nicht für so leicht wie Tuffier, versuchte 6mal vergebens in den Wirbelkanal zu gelangen. Die Zahl der Fälle, in denen die Cocaininjektion ohne jede Störung vertragen wird, hält er für klein; fast immer kommt es zu Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen. Für schwere Operationen, bei denen sich unvorhergesehene Zufälle ereignen können, insbesondere Laparotomien, hält er die Methode nicht für empfehlenswert, will sie aber für andere Fälle weiter versuchen.

Ricard sah von dem Verfahren so beängstigende Erscheinungen, daß er es wieder aufgegeben hat und erst bessere ermutigendere Resultate anderer Chirurgen abwarten will.

Reclus war wohl einer der ersten in Frankreich, der den Enthusiasmus für die Cocainisierung des Rückenmarkes zu dämpfen suchte. Er verwirft das Verfahren nicht, hält es aber zur Zeit noch im Erfolg für unsicher, unbeständig und nicht ungefährlich. Die Anästhesie bleibt in einigen Fällen, trotz anscheinend gut gelungener Injektion, ganz aus, in anderen tritt sie zu spät ein, erst nach $^1/_2$, 1, ja $1^1/_2$ Stunden, in noch anderen hört sie zu früh wieder auf. Eine der drei hauptsächlichen Störungen, Erbrechen, Kopfschmerz, Temperatursteigerung ist fast immer zu beobachten, nicht selten aber alle drei zugleich. Bei Operationen am Damme störe oft auch eine Paralyse der Schließmuskeln, Inkontinenz von Urin und Stuhl. Im Gegensatz zu Tuffier glaubt er eine Anzahl kurz nach der Operation erfolgter Todesfälle der Cocainisierung des Rückenmarkes zur Last legen zu müssen. Er hält eine Vervollkommnung des Verfahrens für möglich und erstrebenswert, will es, sowie es jetzt ist, auf Ausnahmefälle beschränkt wissen und hält es im allgemeinen auch der Allgemeinnarkose und lokalen Anästhesie nicht für gleichwertig. — Gegenüber Tuffier, der die Ehre der Priorität dem Amerikaner Corning zuweisen will, verficht er energisch die Rechte Bier's.

Bazy macht an der Hand einer Beobachtung auf die Nachteile aufmerksam, die die lumbale Cocaininjektion bei Blasenoperationen haben, ja die Lithotripsie unmöglich machen kann. Infolge der Sphinkterenlähmung läßt sich die Blase nicht füllen, die Injektionsflüssigkeit fließt neben dem Katheter sofort wieder zurück; dabei stört die Schlaffheit der Blasenwand das feine Gefühl. Solange die Methode nicht völlig gefahrlos sei, verwirft er sie.

Lejars spricht sich nur sehr bedingt für die Methode aus.

Poirier faßt sein Urteil dahin zusammen, daß die lumbale Cocaininjektion zwar für alle Operationen an den unteren Extremitäten benutzt werden kann, daß er ihr aber bei leichten Eingriffen die lokale Anästhesie, bei schweren die Chloroformnarkose vorziehe, namentlich auch bei Laparotomien.

Legueu ist auf Grund seiner Erfahrungen an 150 Fällen mit der Methode zufrieden; Mißerfolge hatte er nur 4mal zu verzeichnen; die Gefahren hält er nicht für größer, wie die der Chloroformnarkose. Als häufig sehr erheblichen Vorteil der Methode betont er, daß die

Pat. während der Operation bei Bewußtsein und dispositionsfähig bleiben.

Bezüglich der Technik hebt Guinard noch hervor, es sei wohl zweckmäßig, zur Vermeidung von Drucksteigerung innerhalb des Subarachnoidealraumes vor der Cocaininjektion eine gleiche Menge Cerebrospinalflüssigkeit abfließen zu lassen, als man Cocainlösung zu in jizieren gedenkt. Er glaubt, seine günstigen Resultate zum Teil der Beachtung dieses Punktes zuschreiben zu dürfen.

Reichel (Chemnitz).

---

8) **W. Kolle** und **A. Wassermann.** Handbuch der pathogenen Mikroorganismen (Lieferung 6—7, Atlas Lieferung 3).

Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

Mit dem vorliegenden Heft beginnt der zweite Band des Werkes, in welchem die einzelnen Infektionserreger und die durch dieselben veranlaßten Krankheiten eine eingehende Darstellung finden. Es werden zunächst behandelt: Der Milzbrand von Sobernheim, die Tuberkulose von Cornet und Meyer, die Lepra von Hansen, der Typhus von Neufeld und die Dysenterie von Lentz. Besonders hervorgehoben aus allen diesen Kapiteln sei dasjenige, welches sich mit der Tuberkulose beschäftigt, indem dasselbe einerseits für den allgemeinen Praktiker wohl das meiste Interesse bietet, andererseits aber auch wegen der Genauigkeit, Übersichtlichkeit und Formvollendung in der Darstellung einer speziellen Erwähnung bedarf. Die Morphologie, Chemie und Biologie der Tuberkelbazillen, die Färbemethoden, die histologische Wirkung der Tuberkel u. a. werden in eingehender Weise geschildert. Auch die Tuberkulose der Tiere, sowie die Infektionswege werden behandelt, desgleichen die Vererbung und die Disposition. Gehoben und besonders veranschaulicht wird die Darstellung durch eine Reihe wohlgelungener Bilder, wie solche auch den übrigen Kapiteln in großer Zahl beigegeben sind.

Im allgemeinen kann von dem vorliegenden Heft nichts Anderes gesagt werden, als dasjenige, was bereits von den früheren Heften gesagt wurde. Je mehr man sich in das Werk und seine eigenartige Darstellungsweise einarbeitet, um so mehr kann man nur ein Studium des Werkes aufs wärmste empfehlen. Die 3. Lieferung des Atlas enthält neben einer Tafel mit Mikrophotogrammen noch eine Tafel mit Abbildungen von Kulturen, in natürlicher Größe dargestellt. Es sind diese Bilder wohl unzweifelhaft das Glänzendste, was wir darin zu Gesicht bekommen können. **Silberberg** (Breslau).

---

9) **G. de Rouville.** Consultations sur les maladies des voies urinaires à l'usage des praticiens.

Paris, **J.-B. Baillière et fils,** 1903.

Das Buch gibt nach alphabetisch geordneten Stichworten einen Überblick über die Ätiologie, Symptomatologie und vor allem über

die Therapie der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen der Harnorgane, sowie über einige besonders wichtige Untersuchungsmethoden, z. B. Nierentastung, Harnröhrensondierung, Untersuchung auf Blasensteine etc.

Es ist nach Art eines Repetitoriums ausschließlich nach praktischen Gesichtspunkten geschrieben und hat die Vorzüge eines guten derartigen Buches (scharfe Disposition, gute Übersichtlichkeit aller in Betracht kommenden Faktoren). Es gibt aber einerseits dem praktischen Arzte viel zu viel, indem viele der angeführten diagnostischen und therapeutischen Eingriffe große manuelle Geschicklichkeit und bedeutende chirurgische Erfahrung, sowie einen überreichen Vorrat der feinsten urologischen Instrumente erfordern; andererseits viel zu wenig, indem z. B. die bahnbrechende Methode der Cystoskopie auf $^1/_4$ Seite gerade nur erwähnt wird.

Vergleicht man hiermit die Art, wie in unserer Literatur das gleiche Thema für den praktischen Arzt in gleicher Kürze, aber in zusammenhängender, wissenschaftlicher Form, z. B. von Posner, behandelt ist, so wird man für uns die Bedürfnisfrage nach vorliegendem Werke nicht bejahen können. **Willi Hirt** (Breslau).

---

10) **G. A. Jastreboff.** Quelques particularités sur les caractères microscopiques de la prostate et de la vessie des vieillards se rapportant à la modification anatomique de ces organes consécutive aux phénomènes de dysurie qu'on observe fréquemment à cet âge.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XX. Hft 10.)

Die Untersuchungsergebnisse des Verf. sind folgende: Die mikroskopische Struktur der Prostata der Greise zeigt außerordentlich große Verschiedenheiten, so daß es unmöglich ist, einen bestimmten Typus aufzustellen. Man kann nur sagen, daß in einer großen Anzahl von Fällen eine reichliche Entwicklung von intermediärem Gewebe stattfindet, und zwar entwickelt sich reichliches Bindegewebe auf Kosten des Drüsengewebes. Vor allen Dingen aber zeigt das intraglanduläre Bindegewebe der Prostata der Greise eine auffallende Verminderung, ja ein völliges Verschwinden der elastischen Fasern. Hand in Hand hiermit geht eine Erweiterung der intraglandulären Zonen. Beide Umstände begünstigen das häufige Vorkommen von Kongestivzuständen der Drüse, die mit einer Vergrößerung ihres Volumens einhergehen und dadurch die Urinentleerung noch mehr hindern.

Die gleichen histologischen Veränderungen finden sich in der Blase der Greise: Verminderung resp. Verschwinden der elastischen Fasern und Erweiterung der Venen in der Blasenwand; hierzu kommt dann noch eine Atrophie der Muskulatur. Alle diese Umstände begünstigen das häufige Vorkommen von Kongestivzuständen der Blase, die wiederum ihre Funktion mehr und mehr beeinträchtigen. Die

Atrophie der Muskeln und das Verschwinden der elastischen Fasern in dem Bindegewebe der Blase gehen parallel und stehen unter dem Einflusse des Alters. Diese Veränderungen sind um so ausgesprochener, wenn hierzu noch chronische Krankheitsprozesse der Blase kommen, passive Dilatationen von Retentionen etc.

Paul Wagner (Leipzig).

---

11) **P. Delbet.** Prostatectomie périnéale. Technique et instrumentation.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XX. Hft. 10.)

Die vorliegende Arbeit enthält eine genaue, mit zahlreichen Abbildungen versehene Beschreibung der Technik der perinealen Prostatektomie; sie eignet sich nicht zu einem kurzen Referate und muß im Originale nachgelesen werden. Es sei hier nur nochmals hervorgehoben, daß D. in der Hauptsache nur zwei Behandlungsmethoden bei Prostatikern empfiehlt: die Sondenbehandlung und die perineale Prostatektomie. Letztere stellt immerhin einen ernsten Eingriff dar und ist nur dann indiziert, wenn die schweren funktionellen Symptome einer regelmäßigen Katheterbehandlung, Blasenausspülungen etc. nicht weichen und der Kranke mehr und mehr herunterkommt.

Paul Wagner (Leipzig).

---

12) **P. Ferraresi.** Di una modificazione nella cistotomia soprapubica.

(Policlinico 1902. Nr. 11.)

Zur Vereinfachung und Sicherung der Blasennaht empfiehlt F. folgende Modifikation: Bevor die Schleimhaut eingeschnitten wird, entfernt man aus der Muskularis ein eliptisches Stück und legt durch die freigelegte Submukosa beiderseits eine Reihe von Fäden, welche mit sich selbst geknüpft werden; je ein Ende wird abgeschnitten, die anderen bleiben lang; nach Beendigung der Operation werden je zwei gegenüberliegende Fäden miteinander geknüpft und dadurch die Submukosaränder breit und gleichmäßig aneinander gebracht. Die Muskularis wird fortlaufend geschlossen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

13) **H. Delore.** De l'ectopie congénitale du rein.

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 9.)

Angeborene Verlagerungen der Nieren haben wiederholt zu diagnostischen Irrtümern und folgerecht zu therapeutischen Mißgriffen geführt. Obwohl nicht so selten als man annimmt, sind die angeborenen Verlagerungen der Niere noch immer nicht so genau in ihrem anatomischen und pathologischen Verhalten bekannt, daß die Mitteilung neuer Beobachtungen nicht erwünscht wäre.

Zuvörderst ist festzustellen, daß die angeboren verlagerte Niere sich von der erworbenen Wanderniere in mancher Hinsicht unter-

scheidet. Abgesehen von der Hufeisenniere, welche einen Typus für sich bildet, gibt es für die angeborene ektopische Niere etwa folgende Kriterien:

1) ist ihre Gefäßversorgung eine unregelmäßige; es können mehrere Arterienstämme — vor allem aus der Aorta und benachbarten Gefäßen — in sie eintreten; daher ist

2) ihre Einbettung eine ziemlich feste, ihre Gestalt nicht die exquisit bohnenförmige, sondern öfters flach, oval;

3) ist der Harnleiter, da ektopische Nieren meist tiefer als normal liegen, kürzer als z. B. der bei Wandernieren und von gestrecktem Verlaufe;

4) beobachtet man öfters, daß die ektopische Niere von geringerem Volumen als die normal gelagerte ist. Merkwürdigerweise ist es häufiger die linke Niere, die angeborene Lageanomalien aufweist, nach Newmann's Statistik über 21 Fälle 15mal gegen 6mal rechts.

Klinisch tritt die Verlagerung entweder gar nicht oder in undeutlichen Störungen zutage, welche z. B. die Verdauung betreffen, etwa durch Kompression benachbarter Darmteile. Mehrfach sind es kolikähnliche Schmerzanfälle, die so unerträglich und häufig werden können, daß sie zu Kachexie führen — Fall I des Verf. —, ohne daß eine befriedigende Erklärung hierfür gegeben sei.

In manchen Fällen wird die Erkennung der ektopischen Niere durch Palpation, Fehlen der normalen Nierendämpfung, Röntgenbild, event. Sondierung der Harnleiter möglich sein, in anderen nicht.

Erfordern schmerzhafte Zufälle oder andere Folgeerscheinungen der abnormen Lage (Hydronephrose) chirurgisches Vorgehen, so wird bei sichergestellter Funktionstüchtigkeit der anderen Niere im wesentlichen die Exstirpation der ektopischen Niere, und zwar transperitoneal vorzunehmen sein. Man darf sich dabei reichlicher Blutung aus dem Nierenbette gewärtigen. **Christel** (Metz).

---

14) **J. Swain.** The indications for treatment in nephroptosis.

(Bristol med.-chir. journ. 1902. Dezember.)

Verf. stellt auf Grund von 60 Fällen folgende Anzeigen für die Behandlung der Wanderniere auf:

Mast- und Ruhekuren kommen nur bei einzelnen frischen Fällen leichten Grades mit starker Abmagerung in Betracht, die Mehrzahl der Fälle erfordert orthopädische oder operative Behandlung; und zwar sollen Kranke mit nicht allzustarker Verlagerung, solche mit hysterischen oder neurasthenischen Symptomen oder Fälle, in denen die Nephroptose nur eine Teilerscheinung einer allgemeinen Splanchnoptose ist, mit Bandagen behandelt werden. Die von Verf. beschriebene und abgebildete Bandage sucht den oft unerträglichen Druck der Pelotten bei den älteren Konstruktionen zu vermeiden. Die Nephropexie muß auf die Fälle beschränkt werden, bei denen

die orthopädische Behandlung versagt, besonders bei sehr großer Beweglichkeit der Niere mit Erscheinungen »gastrischer Krisen« oder von Stieldrehung der Nierengefäße, zumal auch bei gleichzeitiger Hydronephrose. **Mohr** (Bielefeld).

---

15) **A. Mackenrodt.** Laparotomia hypogastrica extraperitonealis zur Heilung des Gebärmutterscheidenkrebses und des Mastdarmkrebses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 38.)

Die Überzeugung von der Inferiorität der vaginalen Totalexstirpation des Uterus hat Verf. veranlaßt, nach besseren technischen Mitteln zu suchen, um eine wirkliche radikale Entfernung der Gebärmutter mit allen Drüsen auf abdominalem Wege unter Umgehung der Lebensgefahr zu erzielen. Leitend waren dabei die Gedanken: 1) den Zugang zum Beckenbindegewebe genügend übersichtlich zu schaffen, 2) die große Gefahr der Peritonitis auszuschalten, 3) durch eine ausreichende Wundversorgung der großen Beckenbindegewebswunden der Gefahr der Bindegewebsphlegmone zu begegnen.

Zungenförmiger Schnitt, welcher die Muskelansätze der Recti an der Symphyse abtrennt, ohne Eröffnung des Bauchfells. An der Grenze der Rect. abdom. geht der Schnitt extraperitoneal in die Höhe bis in die Zone der Spin. ant. sup. Eröffnung des Bauchfells über der Blasengrenze, Anheftung der Blasenwand mit einigen Suturen unter der Symphyse, Abbindung der Adnexe und Abschneidung derselben von der Beckenwand. Vernähung des Bauchfells der vorderen Bauchwand auf die hintere Beckenwand über den Mastdarm hinweg quer von einer Seite zur anderen, dadurch Abschluß der Bauchhöhle. Entfernung des Uterus mit Parametrien, Zurückschiebung des seitlich im Becken den Wänden anhaftenden Bauchfells, Entfernung des ganzen Bindegewebes mit den eingebetteten Drüsen. Wundversorgung: Ein Gazedrain wird über den Mastdarm nach der Scheide herausgeleitet, darüber die Blase mit Blasenbauchfell hinübergezogen und mit der hinteren Beckenwand vernäht. Die Drüsenhöhlen werden mit Mikulicz'schen Tamponbäuschchen fest ausgestopft und diese breit durch die Seitenschnitte des zungenförmigen Lappens herausgeleitet. Annähung der abgetrennten Recti an die Symphyse mit versenkten Silberdrahtnähten. Hautmuskelnähte mit Silkfäden. Verband.

M. hat 11 der kompliziertesten und teilweise bis an die äußerste Grenze vorgeschrittenen Fälle bis auf einen, der an einem Herzfehler zugrunde ging, glücklich verlaufen sehen, obwohl er sich nicht scheute, die Blase zu resezieren, bei jauchiger Pyometra zu operieren, Drüsen sogar von der Aorta zu entfernen, die ganze Scheide bis an die Vulva zu exstirpieren, ja mit dem Uterus die ganze Ampulla recti zu entfernen.

Beim Carcinoma recti ist M. denselben Weg gegangen, auf welchem man den ganzen Mastdarm, ja das Kolon mit allem zugehörigem Bindegewebe so hoch als beliebt auslösen und das Ende in den Sphinkter einnähen kann, und der es ermöglicht, die hypogastrischen, wie auch die inneren Leistendrüsen und alle zum Mastdarm gehörigen Beckendrüsen radikal auszuräumen.

Langemak (Rostock).

Kleinere Mitteilungen.

16) 53. **Jahresversammlung der Amer. med. assoc.**

(Journ. of the amer. med. assoc. 1902.)

(Fortsetzung.)

Beck spricht eingehend über die Behandlung der typischen Radiusfraktur sowohl wie ihrer abweichenden Formen und betont dabei hauptsächlich die Benutzung der Röntgenstrahlen und ihre Vorteile.

Lieberthal: Sarcomatosis cutis.

Eingehende Beschreibung zweier von ihm beobachteter Fälle; er kommt unter genauer Vergleichung derselben, makroskopisch und mikroskopisch, zu dem Schlusse, daß zwischen den beiden Formen Kaposi's: Sarcoma multiplex haemorrhagicum idiopathicum und Sarcomatosis cutis kein wirklicher Unterschied besteht. Der scheinbare besteht hauptsächlich in den sekundären Veränderungen. Während eine Anzahl Fälle diesen nicht unterworfen und dadurch der Behandlung und Heilung leichter zugänglich ist, geht die Mehrzahl solche ein und bietet dadurch schlechtere Aussichten.

In der Diskussion tritt Gottheil (New York) Lieberthal's Behauptung bei; Hartzell (Philadelphia) stellt fest, daß die Dermatologen mit »Sarkomatose« der Haut ganz andere Krankheitserscheinungen bezeichnen als die Chirurgen mit Sarkom, daß das Gewebe der »Sarkomatose« dem Sarkomgewebe wohl ähnlich sehe oder gleiche, aber trotzdem, wie der langsame Verlauf zeigt, die Krankheit eine ganz andere Bedeutung habe, als die schnell Metastasen erzeugenden und den Tod herbeiführenden echten »Sarkome«.

Deaver: Critical review of 416 cases of appendicitis.

Im Deutschen Hospital in Philadelphia wurden im Jahre 1901 416 Fälle von Appendicitis operiert, 279 akute Entzündungen, darunter 41 bei Kindern unter 12 Jahren, 137 chronische Formen, davon 3 bei Kindern. Bei den akuten Fällen waren im ganzen 15,3% Todesfälle, bei den chronischen 0,7%. Es folgen weitere statistische Angaben über Ursache und Komplikationen, ebenso über die Zeit der Operation nach Beginn der Erkrankung, Art der Operation, Todesfälle und ihre Ursachen, einzelne Krankengeschichten. D. steht auf einem sehr radikalen Standpunkt. Appendicitis ist für ihn eine rein chirurgische Krankheit. Seine Anschauungen sind kurz zusammengefaßt folgende: Frühzeitige Operation ist gleichbedeutend mit Dauerheilung. Mit Sicherheit erhält man ein gutes Ergebnis, wenn man sehr frühzeitig operiert, dann, wenn erst eine »appendicitische Kolik«, noch keine entwickelte Entzündung vorliegt. Verzögerung der Operation führt Verzögerung der Heilung oder Todesgefahr herbei. Lieber soll man einen gesunden Wurmfortsatz entfernen, als durch Unterlassung der Operation ein Leben gefährden.

Syms steht auf demselben Standpunkte und teilt 9 Fälle von tödlich verlaufener Appendicitis mit unter Darlegung der Gründe des Todes. Bei allen lag schon bei der Operation septische Peritonitis vor, bei 7 perforative oder brandige Form, bei allen war die Operation zu spät vorgenommen. Er betont besonders, daß auch er die Appendicitis für eine chirurgische Krankheit hält. Sein Verfahren besteht aus 1) Palliativbehandlung. Sie soll stets nur die Operation aufschieben, nie sie

umgehen; sie wird nur angewandt, wenn Gegenanzeige gegen Operation besteht. Pat. soll strengste Bettruhe einhalten, er bekommt auf die Blinddarmgegend ein Pflaster aus dick mit grüner Seife bestrichener Leinwand, darüber Eisbeutel. Tägliche Darmentleerung durch Klystiere mit Seifenwasser; der Magen wird nur bei bestehendem Erbrechen zur Ruhe gestellt, andernfalls Milch oder Fleischbrühe, nie feste Nahrung. Genaue Puls- und Temperaturmessung alle 4 Stunden. Niemals Opium außer bei plötzlichem Durchbrüche; stets alles zu sofortiger Operation bereit halten. — Bei der Operation in der Zwischenzeit wird der Schnitt nach außen vom Rectus parallel zum Obliq. ext. gemacht, der Wurmfortsatz, wenn nicht verwachsen, vorgezogen, abgetragen, der Stumpf eingestülpt. Nach 8 Tagen steht Pat. auf, nach 14 geht er seiner gewohnten Beschäftigung nach. Bei Operation der frischen Appendicitis mit Abszeß kommt alles auf Schutz des gesunden Bauchfelles an, was durch Gaze- oder Schwammpackungen geschieht. Die Appendix soll stets entfernt werden, wenn dies ohne Zerstörung von Verklebungen geschehen kann; nach Ausführung der Abtragung wird tamponiert, ein Teil der Bauchwunde genäht. Liegt Durchbruch des Wurmfortsatzes mit Peritonitis vor, so läuft die Operation auf eine völlige Reinigung der Bauchhöhle hinaus, bei welcher S. so weit geht, daß er bei genügendem Kräftezustand den gesamten Darm vorzieht und Schlinge für Schlinge mit Kochsalzlösung abwäscht; danach wird drainiert. Später Opium. Nach diesen Grundsätzen hat er 14 Jahre operiert und keinen Grund, sie zu ändern. — Sodann spricht

Laplace über Anomalien der Appendicitis.

Die ganze Krankheit ist seiner Ansicht nach eine »anormale«, niemals typisch verlaufende. Bei keinem Falle kann man Veelauf etc. vorhersagen. Unregelmäßigkeiten anderer Art kommen hinzu: 1) Die abnorme Lage des Wurmfortsatzes. Da das Bauchfell für Schmerzempfindung keine genaue Lokalisation hat, ist die Diagnose bei unregelmäßiger Lage sehr erschwert. 2) Die Infektion. Die Krankheit ist eine rein infektiöse. Die Erreger sind ständig anwesend, können sich aber erst durch bestimmte mechanische Verhältnisse betätigen und erzeugen dann erst die schwere Erkrankung. Der Krankheitsverlauf unterscheidet sich klinisch sehr je nach Art des Erregers. — Eine abortive Behandlung ist allein die Frühoperation, entsprechend der Natur der Krankheit, die eine rein chirurgische ist.

Diskussion. Abbe (New York): Wer einmal einen Anfall von Appendicitis hatte, kann ihn jederzeit wieder bekommen. Stets bleibt nach ausgebildeter Entzündung eine Verengerung des Ausführungsganges mit all ihren Gefahren zurück, der einmal erkrankte Wurmfortsatz wird nie wieder gesund. Gibson (Scranton): Erkrankung des Wurmfortsatzes soll diagnostiziert werden, ehe ein Anfall von »Appendicitis« eintritt. Die verschiedenartigsten Magen-Darmstörungen werden durch chronisch kranken Wurmfortsatz erzeugt und nur durch seine Entfernung beseitigt, daher Frühoperation. Ochsner (Chicago): Nur frühzeitige Diagnose und Operation können die Sterblichkeit an Appendicitis verringern. Statistische Mitteilungen über ebenfalls (wie Deaver) 416 zuletzt operierte Fälle mit Sterblichkeit von im ganzen 4%. Er operiert in den ersten 36 Stunden nach Beginn der Erkrankung. Sullivan (Brooklyn) verwirft Drainage der Bauchhöhle. Näht nur das Bauchfell und drainiert außerhalb. Murphy (Chicago): Frühoperation in allen Fällen. Mayo (Rochester) hat nicht alle Fälle sofort operiert, sondern die ganz schweren erst einige Tage mit Magenausspülungen und absoluter Darmruhe durch Nahrungsentziehung behandelt, dann erst operiert; seitdem bessere Erfolge, unter 4% Todesfälle. Frank (Chicago) hält die absolute Darmruhe ebenfalls für sehr wichtig, verwirft auch Rektalernährung, da sie nach seiner Erfahrung an Mensch und Tier rückläufige Darmbewegung erzeugt.

Eisendraht spricht sehr ausführlich über »Traumatische Ruptur der Baucheingeweide ohne sichtbare äußere Verletzung«. Durch tabellarische Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten Fälle weist er nach, daß die operativ behandelten Fälle besseren Verlauf nahmen, als die abwartend behandelten und empfiehlt demgemäß, nicht lange zuzuwarten, sondern eine Probelaparotomie bezw. -Nierenschnitt zu machen.

In der Diskussion finden seine Ausführungen allgemeine Zustimmung.

Coffey. The relative merits of various methods of intestinal anastomosis.

Der Bericht ist erstattet auf Grund von 650 experimentellen Operationen an toten Därmen und 20 an lebenden Schweinen. C. hat die verschiedensten Verfahren versucht und schließlich ein eigenes ausgebildet, welches für den praktischen Arzt überall leicht ausführbar sein soll, da außer Nadel und Faden und zwei großen Strick- oder ähnlichen Nadeln nur noch ein Hohlcylinder aus rohen Kartoffeln erforderlich ist. Die Ausführung ist kurz folgende: Ein Hohlcylinder von entsprechender Weite mit nicht zu dicken Wänden wird aus roher Kartoffel geschnitten, eine Minute in kochendes Wasser getaucht. Der zu vereinigende Darm wird am Mesenterialansatz von innen durch 3—4 Matratzennähte vereinigt, dann der Cylinder eingeschoben und beide Darmenden darübergezogen, bis sie übereinanderliegen. In dieser Lage werden sie durch kreuzweises Durchstecken von zwei Hutnadeln oder ähnlichem festgehalten. Durch den Halt, den der Kartoffelcylinder gibt, soll die Lage unverrückbar fest werden. Nun werden »Connell«-nähte angelegt (scheint eine Art Matratzennaht zu sein, Ref.), oder irgend eine andere Art der Darmnaht. Ist die Naht beendet, so werden die langen Nadeln ausgezogen, der Kartoffelcylinder weiter geschoben in gesunden Darm und durch Druck zerquetscht, um jeglicher Gefahr des Darmverschlusses vorzubeugen. Vortr. empfiehlt als die idealste Darmnaht die Connell'sche. Seine Methode soll die Darmnaht ebenso schnell ermöglichen wie der Murphyknopf. Den Vorteil hat sie jedenfalls, daß die dazu nötigen Geräte überall leicht zur Hand sein werden. Dieser Vorteil wird in der Diskussion hervorgehoben, während die meisten Connellnaht für zu umständlich und schwer erlernbar halten.

Ware. 1000 personally conducted cases of ethyl-chlorid-narcosis.

W. hält diese Narkose für eine verhältnismäßig ungefährliche. Die Gefahr tritt weder so schnell noch so leicht auf wie bei Chloroform, die späteren Nachwirkungen, wie bei Äther, fehlen ganz. Falls Erstickungsgefahr eintritt, ist sie leicht durch künstliche Atmung zu beseitigen. Die Äthylchlorid-Narkose ist wegen ihres raschen Eintretens und geringer Nachwirkung besonders für kleine Eingriffe in ambulatorischer Praxis zu empfehlen. Unter 12436 von W. zusammengestellten Fällen war nur 1 Todesfall; weniger als bei Lachgas.

Morton. Subarachnoid injection of cocain for operations on the upper part of the body.

M. hat 673mal die Einspritzung von Cocain in den Rückenmarkskanal zur Betäubung angewandt; jedesmal war die Schmerzlosigkeit vollkommen. Bei 60 Fällen wurde an der oberen Körperhälfte operiert. Soll die Schmerzlosigkeit dort entstehen, so wird etwas mehr als sonst und mit kräftigerem Druck eingespritzt. Als Lösungsmittel verwendet W. die in die Spritze eingesogene Cerebrospinalflüssigkeit, das Cocain wird bei 300° (15 Minuten lang) in Kristallen sterilisiert, diese gut verschlossen aufgehoben. Die Kristalle werden in die Spritze gelegt. Unangenehme Nebenwirkungen sind beobachtet, aber keine schweren und bedrohlichen Erscheinungen. Über 48 an der oberen Körperhälfte Operierte wird ein Krankengeschichtsauszug mitgeteilt. In einzelnen Fällen hat W. noch geringe Gaben eines allgemeinen Anästhetikums gebraucht, um den psychischen Einfluß der Operation auszuschließen.

Steele and Francine. An analysis of sevents cases of gastroptosis.

1) Gastroptose ist häufiger, als man nach den spärlichen Mitteilungen schließen sollte; sie ist häufiger bei Frauen. 2) Ihr Auftreten ist an kein bestimmtes Alter oder eine besondere Menschenklasse gebunden. Nicht bei allen Erkrankten sind die gleichen Ursachen nachzuweisen. 3) Die Lage des Magens bei den von S. und F. beobachteten Kranken war senkrecht oder nahezu senkrecht, ein völliges Herabsinken wurde nicht beobachtet. Geringe Erweiterung der Pylorusgegend fehlte nie. 4) Das Querkolon nahm ausnahmslos an der Verlagerung teil, zeigte

oft V- oder M-Form; die Flexura hepatica war manchmal bis zur Nabelhöhe abgesunken. 5) Die rechte Niere war bei 60,9% aller Fälle verlagert, die linke selten, die Milz nur einmal. Das mehrfache Vorhandensein von Lebersenkung, die während der Operation gefunden wurde, machte es wahrscheinlich, daß sie öfter als vermutet vorkommt, sich aber mit unseren Hilfsmitteln nicht feststellen läßt. 6) Ein für Gastroptose kennzeichnendes Verhalten des Mageninhaltes fehlt; die Salzsäure ist meist vermindert oder fehlt. Hyperacidität fand sich nur bei gleichzeitiger Erweiterung. 7) Der Gastroptose eigene Veränderungen von Blut und Urin fehlten. 8) Die Gefühle der Kranken entsprachen denen bei motorischer Insuffizienz, waren bei beginnenden Fällen gering, bei Erweiterungen ziemlich heftig. Der Schmerz saß meist in der Oberbauch-, manchmal in der Lendengegend. 9) Die Neurasthenie erzeugenden Ursachen scheinen auch die Verlagerung der Baucheingeweide zu begünstigen. Sind beide Krankheiten gleichzeitig vorhanden, so beeinflussen sie sich gegenseitig schlecht. Die Behandlung kann oft allein durch mechanische Unterstützung des Pylorus die Beschwerden der motorischen Insuffizienz beseitigen. Ausspülungen sind nur bei Erweiterung mit Zurückhaltung des Inhaltes und bei Schleimansammlung angezeigt. 6 Fälle wurden durch Operationen verschiedenster Art geheilt.

Diskussion: Turck-Chicago hält die motorische Insuffizienz für das Wichtigste, hat gute Erfolge von methodischen Aufblasungen des Magens durch den Magenschlund mit heißer Luft, die man wiederholt einführt und entweichen läßt, gesehen. Für die Diagnose der Atonie bei Gastroptose will er die erhöhte Giftigkeit des Filtrates vom Mageninhalte benutzen.

Ruth. Anatomic treatment of fractures of the femoral neck.

Die Behandlung besteht in Streckverbänden, welche die Länge des Beines und Höhe des Trochanters gleich denen der gesunden Seite machen. Vor Anlegung des Verbandes muß der Oberschenkel gegen den Leib gebeugt werden, um den Iliopsoas zu erschlaffen und Einklemmung desselben zwischen die Bruchenden zu verhüten, dann wird das Bein gestreckt und gleichzeitig ein Zug am Oberschenkel nach außen und Anheben des Trochanter major ausgeübt. Die Streckverbände werden in gewöhnlicher Weise angelegt. Das Gewicht des Oberschenkels wird durch einen Zug senkrecht nach oben ausgeglichen.

Trapp (Bückeburg).

---

17) **W. N. Heinatz.** Über Skopolaminnarkose.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 6.)

Die von Schneiderlin vorgeschlagene Narkose wurde von Korff mit gutem Resultate und von Grekow mit wenig aufmunterndem Erfolge angewendet. H. versuchte im Auftrage Wreden's die Methode in 38 Fällen und ist mit dem Resultate sehr zufrieden. 4, 2 resp. $^1/_2$ Stunde vor der Operation wurden 3 Injektionen von je 1,2 mg Skopolamin Merck und 0,015 Morphium gemacht. In 18 Fällen trat genügend tiefer Schlaf ein, in den meisten übrigen mußte zu Chloroform gegriffen werden, von dem aber höchstens 20 g nötig waren; durchschnittlich genügten 12 g, also 4mal weniger als gewöhnlich. Mehrere Male trat nach dem Erwachen einmaliges Erbrechen auf; während der Operation niemals. Ohne Chloroform — kein Erbrechen. Einmal — bei reichlichem Aufgießen von Chloroform — kurzdauernde Asphyxie; 7mal wurde das Skopolamin mit Cocaininjektionen kombiniert; es genügten die halben Mengen Cocain (höchstens 4,0 einer 1%igen Lösung). Bei schmerzhaftem Verbandwechsel wurde mit Erfolg 15—20 Minuten vor dem Verband 0,0012 Skopolamin und 0,015 Morphium injiziert. Bei 2 Herzkranken und in einem Falle von Nephritis wurde die Narkose sehr gut überstanden.

Gückel (Kondal, Saratow).

18) **A. Kurrer.** Selbsttätiger Ätherflaschenverschluß für die Narkose.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

Dieser sehr zweckmäßige, in Münchener Kliniken bewährt gefundene Verschluß besteht aus einem Hahn, an dessen Konus außen ein birnförmiges Gewicht

angebracht ist, und aus einer kleinen Ausgußschnauze, die rechtwinklig zu dem durchbohrten Konus steht. In vertikaler Stellung der Flasche ist der Hahn verschlossen, hängt das Gewicht senkrecht herab. Bei Vorwärtsneigung der Flasche bleibt die Birne, ihrer Schwere folgend, stets nach abwärts gerichtet, und öffnet sich selbsttätig der Hahn etc. Der Äther bleibt in der Flasche tadellos. — (Beziehbar von Stiefenhofer, München, Karlsplatz 6.) **Kramer** (Glogau).

19) **Jerusalem** (Wien). Über die Beziehungen zwischen Menstruation und Erysipel.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 46.)

Verf. weist von neuem auf das in der Überschrift genannte, noch sehr dunkle Gebiet hin. Er schließt sich, ohne wesentlich Neues zu bringen, den bisher aufgestellten Theorien an und gibt gut beobachtete, detaillierte Erfahrungen, die zu folgenden statistischen Zahlen zusammengefaßt werden: Bei 119 weiblichen Erysipelkranken fand er 62mal zeitliche Koinzidenz mit der normalen, durch Genitalblutung manifestierten, regelmäßigen Periode = 52%. Da diese Erysipele sich fast ausnahmslos in der Umgebung der Nase abspielten, so zweifelt J. nicht daran, daß die mit der Menstruation einhergehenden, periodischen Veränderungen der Nasenschleimhaut die jeweilige Ursache des Erysipels, bezw. der häufigen periodischen Residive sind. Rechnet nun Verf. den oben bezeichneten 52% noch die Fälle hinzu, bei welchen bei ausbleibender menstrualer Blutung, an Stelle derselben, zur regelmäßigen Zeit Erysipele beobachtet wurden, so kommt er auf ein Prozentverhältnis von 72,1%. Sehr interessante, hierhergehörige Fälle müssen im Originaltext nachgelesen werden. Auch bei Männern konnte Verf. gelegentlich in Intervallen von 23 Tagen wiederkehrende Erysipele finden, und bezieht dieselben auf analoge periodische, biologische Vorgänge, wie sie von Fliess beim Manne angenommen worden sind. **Schmieden** (Bonn).

20) **Oliver.** Profilaxia de la enfermadad hidatidica.

(Revista med. del Uruguay 1902. Nr. 8.)

Diese Arbeit bietet interessante Einblicke in die Statistik der in den südamerikanischen Staaten verhältnismäßig sehr häufig auftretenden Echinokokkenkrankheit. In einem einzigen größeren Krankenhause in Montevideo wurden im Verlaufe eines Jahres unter 19635 Pat. 105 Fälle von Echinokokkuscysten beobachtet; das ist ein Fall auf je 187 Kranke. Dabei ist die Häufigkeit der Krankheit noch im Steigen. O., der ebenso wie die meisten Forscher als einzigen Infektionsmodus für den Menschen den Verkehr mit Hunden anerkennt, glaubt, daß in jenem Lande 30% aller Hunde Echinokokken beherbergen. Der Grund der starken Zunahme der Erkrankung wäre sonach in der starken Vermehrung der Hunde zu suchen, deren einer auf jeden 3. Einwohner kommt. Im Anschlusse an diese Mitteilungen werden Vorschläge zu einer Prophylaxe der Krankheit gemacht. Dieselben bestehen einmal in einer strengen Durchführung des Hundesteuergesetzes, resp. in einer Verschärfung desselben, und dann in einer sachgemäßen Aufklärung der Bevölkerung. Als bestes und sicheres Mittel zur Bekämpfung der Echinokokkenkrankheit beim Hunde wird der Gebrauch der Kamalawurzel empfohlen. **Stein** (Wiesbaden).

12) **v. Ranke.** Ein weiterer Beitrag zur Behandlung des nomatösen Brandes durch Exzision des erkrankten Gewebes.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 43.)

v. R. berichtet über einen weiteren, seinen 4. Fall von Ausschneiden des brandigen Gewebes bis ins Gesunde, diesmal jedoch ohne nachfolgende Verschorfung durch den Thermokauter, bei einem 3jährigen Mädchen, welches am 4. Tage nach Ausbruch der Masern an Noma der Genitalien und des Afters, sowie der beiden Schenkelbeugen erkrankt und durch jene Behandlung in verhältnismäßig kurzer Zeit zur Heilung ohne Entstellung gelangt war. Einige Abbildungen erläutern die große Ausdehnung der brandigen Geschwüre. **Kramer** (Glogau).

22) **P. Manson** and **R. J. Godlee.** Two cases of filariasis, one treated by a new operation.

(Transactions of the clinical society of London 1902. Vol. XXXV. p. 209.)

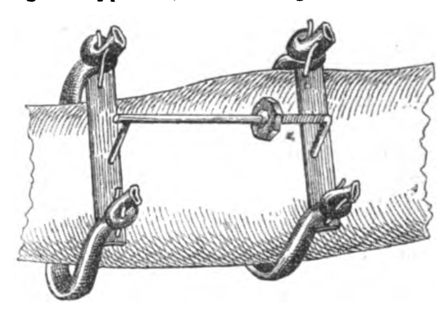
Nach Erkrankung an Filaria entstand bei einem Manne eine durch erweiterte (variköse) Lymphgefäße bedingte Schwellung der rechten Leistengegend. G. vereinigte durch Anastomose ein erweitertes Lymphgefäß mit einem Nebenzweig der Vena saphena, worauf die Anschwellung zurückging. G. meint, die Erweiterungen der Lymphgefäße seien durch Stauung im Ductus thoracicus bedingt gewesen (? Ref.).

Herhold (Altona).

23) **P. J. Djakonow.** Einige Worte über das Schneiden der Hautlappen für Transplantation nach Thiersch.

(Chirurgie 1902. September. [Russisch.])

Um recht dünne Lappen schneiden zu können, muß die Haut horizontal gespannt werden; zu diesem Zwecke empfiehlt D. einen von der Moskauer Firma T. Schwabe verfertigten Apparat (s. Zeichnung). Die Extremität wird zwischen



4 Metallplatten eingeklemmt, die durch Gummiröhren zusammengezogen werden. Mittels einer Schraube werden die Platten auseinander gedrängt und so die Haut horizontal gespannt.

Gückel (Kondal, Saratow).

24) **J. A. Tyrmos.** Zur Heilung von Defekten der Harnröhre mittels Transplantation von Schleimhaut.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Dem 1. Pat. wurde vor 12 Jahren die Sectio mediana gemacht, worauf eine Fistel zurückblieb, die wenigstens 11mal ohne Erfolg operiert wurde und zuletzt eine Strecke von 10 cm der Harnröhre freilegte. Transplantation eines 8 × 2 cm großen Lappens der Schleimhaut der Unterlippe. Heilung. — Der 2. Pat. behielt nach Steinschnitt vor 15 Jahren eine Blasen-Mastdarmfistel. Auch hier zahlreiche erfolglose Operationen. Schließlich bildete sich eine Kloake. Operation: Bildung eines Hautlappens wie bei der Prostatektomie, Resektion des unteren Abschnittes des Mastdarmes bis über die Fistel. Einnähung des Mastdarmes in die Haut. Harnröhre zeigt einen 8 cm langen Defekt, die Enden können nicht aneinander gebracht werden. Einpflanzung eines Schleimhautlappens aus dem resezierten Mastdarm, Verweilkatheter, Hautlappen wieder angenäht. Später mußte wegen Narbenstriktur über der transplantierten Stelle eine Urethrotomia interna gemacht werden. Schließlich Heilung.

Gückel (Kondal, Saratow).

25) **W. Hirt.** Ein Fall von muskulöser Blasenhalsklappe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 523.)

H. beschreibt ein von Viertel in Breslau hinterlassenes anatomisches Präparat, zu welchem eine Krankengeschichte indes fehlt. »Am Orificium internum urethrae erstreckt sich das Gewebe des Blasenbodens über den hinteren Rand der Mündungsstelle der Harnröhre $^1/_2$ cm nach vorn heraus, so daß das Lumen der

Harnröhre von einer klappenförmigen Bildung überdacht wird.« Bei schwacher Vergrößerung ist sichtlich, daß diese Klappe »fast ausschließlich aus glatter Muskulatur besteht, die sich in unmittelbarem Zusammenhange befindet mit der glatten Muskulatur des Blasenbodens«. — Zwei makro-, eine mikroskopische Abbildung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

26) **O. Pielicke.** Nierenreizung durch Phloridzin.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XIII. Hft. 10.)

P. hat nach Injektion von 0,005 Phloridzin und nachfolgendem Ureterkatheterismus eine 3 Tage anhaltende Hämaturie beobachtet, die er auf die Injektion von Phloridzin bezieht. Er mahnt deshalb zur Vorsicht bei Anwendung des Mittels zu diagnostischen Zwecken. **Fr. Brunner** (Zürich).

27) **G. Luys.** Die Sonderung des Urins der beiden Nieren.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XIII. Hft. 10.)

Das Instrument verfolgt denselben Zweck wie das auf p. 92 d. Zentralbl. d. J. abgebildete Cathelin'sche Instrument. Die Grundidee ist eine ähnliche wie bei diesem. Es wird ebenfalls die Blase durch eine Membran in zwei Hälften geteilt; während aber beim Cathelin'schen Instrumente die Scheidewand an der konvexen Seite des Katheters entwickelt wird, wird sie beim L.'schen an seiner konkaven Seite entfaltet. In Bezug auf die nähere Konstruktion muß auf den Originalartikel, dem Abbildungen beigegeben sind, verwiesen werden. (Auch im Januarhefte der Therapeutischen Monatshefte ist das Instrument von Prof. Garrè beschrieben und abgebildet.) **Fr. Brunner** (Zürich).

28) **F. Balzer.** Über Blasensteine und Blasenfremdkörper.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902. 42 S.

Nach einer historischen Einleitung über die Operationen bei Blasensteinen, aus der das gänzliche Zurücktreten der perinealen Operationen zu Gunsten der Sectio alta hervorgeht, macht Verf. Mitteilungen über die Grundsätze, nach denen in der Breslauer Klinik Blasensteine behandelt werden und über die dabei erzielten Resultate. Als Normalverfahren gilt bei Erwachsenen die Litholapaxie (32 Fälle ohne Todesfall). Nur bei Divertikelsteinen, bei Verdacht auf inkrustierte Geschwülste, bei sehr großen oder sehr harten Steinen, bei eitriger Cystitis und sekundärer Pyelonephritis, endlich bei Kindern, sollte die Sectio alta vorgezogen werden. Bei derselben (34 Fälle mit 4 Todesfällen, die aber nicht der Operation zur Last fallen) wurde womöglich die Blasenwunde mit doppelter Muskulariskatgutnaht geschlossen. Diese primäre Naht wurde 27mal angewandt, sie hielt 15mal und führte 11mal zu Fisteln. Um mehr Platz zu gewinnen, wurde 11mal ohne Schaden das Bauchfell eröffnet und an die hintere Blasenwand angenäht. Der perineale Medianschnitt hatte öfter Fisteln und Rezidive im Gefolge und wurde in der letzten Zeit nicht mehr ausgeführt. Die Fremdkörper (21 Fälle) wurden teils durch Sectio alta, teils auf natürlichem Wege entfernt; 2mal trat bei vorher schon septischen Pat. der Tod ein. **Fr. Brunner** (Zürich).

29) **J. Verhoogen.** Le diagnostic des calculs du rein par la radiographie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XX. Hft. 11.)

Als diagnostisches Hilfsmittel zur Erkennung von Nierensteinen ist die Skiagraphie namentlich da am Platze, wo es sich um kleine Konkremente handelt, die keine charakteristischen Symptome machen. Verf. teilt 3 Fälle mit, in denen der skiagraphische Nachweis von Nierensteinen gelang, die kaum erbsen- bis höchstens haselnußgroß waren. Bei allen 3 Kranken wurde die skiagraphische Diagnose durch die Operation bestätigt, es trat in allen 3 Fällen rasche Heilung ein. Im 1. Falle handelte es sich um einen Uratstein, im 2. Falle um 2 Oxalatkonkremente, im 3. Falle ist die Art des Konkrementes nicht angegeben. Wenn

Verf. zum Schlusse hervorhebt, daß der negative Befund einer mit aller Sorgfalt und unter günstigen Verhältnissen ausgeführten Radiographie auch mit Sicherheit die Anwesenheit von Steinen ausschließt, so geht er unseres Erachtens zur Zeit noch zu weit. Nur ein positives Resultat ist ein sicheres Zeichen, daß Steine vorhanden sind. **Paul Wagner** (Leipzig).

30) **Nicolich.** Kyste hydatique dans un rein unique. Anurie datant de dix jours.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XX. Hft. 11.)

Der seltene Fall betraf einen 54jährigen Mann, der seit 27 Jahren an Gichtanfällen litt und verschiedene Gelenkanschwellungen und Ankylosen hatte. Juli 1900 7tägige Anurie mit Fieber und heftigen Leibschmerzen. In der nächsten Zeit mehrere heftige Gichtanfälle sowie Pneumonie. November 1901 2. Anfall von Anurie, der 4 Tage dauerte; danach Entleerung von 2 kleinen Phosphatkonkrementen und einem Blutgerinnsel; Urin eiterhaltig. Februar 1902 2tägige Anurie; der danach ausgeschiedene Urin enthielt Membranen. Anfang März 1902 letzter Anfall von Anurie. Nach 9tägiger Dauer derselben wurde Verf. hinzugezogen. In der linken Nierengegend eine große schmerzhafte Geschwulst: sofortige Nephrotomie. Entleerung von Eiter und zahlreichen, verschieden großen Echinokokkenblasen, Drainage. Tod im Koma 10 Stunden nach der Operation.

Die Sektion ergab, daß nur die linke Niere vorhanden war, aber infolge der Echinokokkusentwicklung so gut wie keine sezernierende Substanz mehr zeigte. An Stelle der rechten Niere fanden sich nur einige kleine atrophische Gebilde.

Paul Wagner (Leipzig).

31) **A. Wrobel.** Beiträge zur Kenntnis der malignen Hodengeschwülste.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Verf. beschreibt 13 Fälle von Hodengeschwülsten, welche in letzter Zeit in der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik zur Operation kamen. Von diesen 13 Fällen waren 11 Sarkome, 1 Karzinom, 1 Fall bestand »vorwiegend aus Myxomgewebe mit fibrösen Zügen und Beimengungen von kleineren und größeren Inseln von Epithelialgewebe«.

Das Überwiegen der Bindegewebsgeschwülste entspricht den Beobachtungen anderer Autoren, deren Fälle herangezogen sind. **Coste** (Straßburg i/E.).

32) **H. N. Vineberg.** A new method of operating for obstinate cases of recto-vaginal fistulae.

(New York med. record 1902. Juni 7.)

Nach Art der Whitehead'schen Hämorrhoidenoperation hat V. mit gutem Erfolge die Mastdarmschleimhaut über die Fistel hinaus abgelöst, nach Exzision eines tüchtigen Stückes herabgezogen und mit der äußeren Wunde vernäht. Es gelang, eine Mastdarm-Scheidenfistel in einem schwierigen Falle gut zum Verschlusse zu bringen. Die Priorität soll Segond, welcher 1895 im 44. Bande der Annales de gynécologie dies veröffentlichte, gebühren. Den Hauptwert legt Verf. darauf, daß durch möglichst hohe Ablösung die Vereinigung ohne Spannung geschehen kann. **Loewenhardt** (Breslau).

33) **Heinricius** (Helsingfors). Über Myomotomie mit retroperitonealer Stielversorgung nach Chrobak.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XLVII. Hft. 2.)

Der interessante Aufsatz bringt die Erfahrungen, welche an der Universitäts-Frauenklinik zu Helsingfors über die operative Myombehandlung seit dem Jahre 1868 gemacht worden sind. Verf. schildert die Fortschritte der Klinik, die, abgesehen von der verbesserten Anti- und Asepsis, vor allem durch die Änderung

des Operationsverfahrens erzielt wurden. Entgegen der hohen Gefährlichkeit der alten Methoden (der extraperitonealen Stielbehandlung nach Hegar und später der intraperitonealen Stielversorgung nach Schröder mit einer Sterblichkeit von 33%) erzielte H. selbst seit 1894, seit welcher Zeit er das Chrobak'sche Verfahren der supravaginalen Amputation des myomatösen Uterus mit retroperitonealer Stielversorgung ausübt, eine glänzende Statistik. Bei 110 Laparomyomotomien hatte er nur 2 (1,8%) Todesfälle zu beklagen. Er trägt den myomatösen Uterus über der Cervixmitte ab, brennt den Cervicalkanal breit mit dem Paquelin aus und zieht einen Jodoformgazedocht durch die Cervix in die Scheide, worauf der drainierte Stumpf mit dem vorderen und hinteren Bauchfell-Lappen überkleidet wird. Im übrigen ist er nicht ein einseitiger Vertreter der supravaginalen Amputation, sondern er führt in geeigneten Fällen je nach Wahl die Totalexstirpation nach Doyen, ebenso auch die Enukleation und die Kastration als palliative Behandlung aus. **Kroemer** (Gießen).

34) **Oehlecker.** Drüsenuntersuchungen bei 7 Fällen von Uteruskarzinom. (Aus der Klinik Olshausen's in Berlin.)

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 2.)

Die Frage nach der Berechtigung der radikalen Entfernung des karzinomatösen Uterus mit Ausräumung des Beckenbindegewebes und -Drüsenapparates erfordert eine sorgfältige histologische Untersuchung alles zur Beobachtung kommenden Drüsenmateriales, zumal wenn es so einwandfrei wie das des Verf. ist, welcher 7 nach vaginaler Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus zur Sektion kommende Fälle untersuchen konnte. Von den 7 Fällen wiesen 2 = 30% karzinomatöse Drüsen auf. Diese Zahl deckt sich nicht mit der klinischen Rezidivzahl von 61% nach 5jähriger Beobachtung. Auch nicht mit dem Resultate Wertheim's, der bei beginnenden und mittelweiten Fällen die regionären Lymphdrüsen nur in 15% vom Karzinom befallen fand. O. fand in den 2 erwähnten Fällen (beide Male betraf es die Drüsen bei infiltrierendem Cervixkarzinom) die krebsig infizierten Drüsen makroskopisch unverändert, wogegen die geschwellten und verhärteten Drüsen sich als frei erwiesen. Auch sonst bestätigt Verf. die von Ries, Kermauner und Lameris sowie vom Ref. gemachten Erfahrungen über die Struktur und Vielgestaltigkeit der Beckendrüsen und des anhängenden Lymphapparates. Die geringe Zahl der beobachteten Fälle erklärt nur zum Teil die Differenz zwischen den klinisch und anatomisch-histologisch gefundenen Zahlen. Es ist aber undenkbar, alle bei der Operation verstreuten, vielleicht minimalen Karzinomkeime zu finden, welche zur Ursache späterer Rezidive werden können. Die Lymphgefäße selbst, soweit sie in die Schnitte fielen, waren frei von Karzinompfröpfen.

Die praktischen Folgerungen dieser mühsamen Untersuchungen sprechen eher für die Berechtigung der vaginalen Totalexstirpation. Theoretisch erscheint es nicht unmöglich, in beginnenden Fällen durch Mitnahme der Drüsen eine Dauerheilung zu erzielen. »Doch bleibt auch hier die Drüsensuche ein Tappen im Dunkeln!« In vorgeschrittenen Fällen ist es wegen der Vielgestaltigkeit des Lymphapparates dem Messer des Chirurgen einfach unmöglich, die Drüsen radikal zu entfernen. O. schränkt also gleich v. Rosthorn und Pfannenstiel die Hoffnungen ein, welche auf die Drüsensuche gesetzt werden können.

Bemerkenswert ist, daß die metastasierenden Fälle sich als kleinzellige infiltrierende Cervixkarzinome erwiesen mit unregelmäßig, sprungweise ausschwärmenden Vorposten in der Peripherie. **Kroemer** (Gießen).

35) **Schmauch.** Spontane Blasen-Scheidenfistel nach Totalexstirpation des Uterus wegen Karzinom. Blasenblutungen und das Ulcus simplex vesicae perforans.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 2.)

S. bespricht an der Hand eines interessanten Falles aus der Olshausen-schen Klinik die Ätiologie der Blasen-Scheidenfisteln, welche im Gefolge von

Operationen im Nachbargebiete (hier nach der vaginalen Totalexstirpation eines karzinomatösen Uterus) entstehen können. Es handelte sich nicht um eine primäre Operationsverletzung, auch nicht um sekundäre Nahtnekrose oder Übergreifen des Karzinoms auf die Blase, sondern um einen Prozeß, welchen er am ehesten mit der Entstehung eines Ulcus ventriculi vergleichen möchte. Pat., welche eine zweifellose Septhämie überstand, bekam im Verlaufe derselben multiple hämorrhagische Infarkte in der Blasenwand (cystoskopisch als dunkelrote, verwaschene Flecken nachweisbar). Zwei dieser Infarkte links hinter dem Trigonum am Blasenboden wurden zu tiefen, unter der Beobachtung wachsenden Geschwüren, welche auch nach der Scheide zu perforierten. Ein einmaliger Operationsversuch der resultierenden Fistel blieb ohne Erfolg.

Da der klinische Verlauf und das histologische Bild absolut dem Befunde bei der analogen Magenaffektion gleichen, steht S. nicht an, das Leiden als Ulcus simplex perforans zu bezeichnen, zumal die englische und französische Literatur die Analogie beider Prozesse längst kennt. Die peptische Wirkung des Magensaftes wird in der Blase ersetzt durch den Gehalt des Urins an Salzen und Säuren, welche wohl imstande sind, die durch Gefäßverstopfungen verursachten hämorrhagischen Nekrosen der Wand aufzulösen. Im übrigen gelang es Le Fur, durch Vergiftung sowie durch Bakterieninjektion (Septhämie) Blasengeschwüre bei Tieren zu erzeugen.

Der Urin in vorliegendem Falle war sauer, klar, frei von Eiweiß- und Formbestandteilen und frei von Bakterien. Impfversuche auf den Gehalt an Tuberkelbazillen blieben negativ. **Kroemer** (Gießen).

36) **A. Fournier.** Cellulite gommeuse pelvienne simulante une tumeur maligne du petit bassin, survenue à trentequatre ans sur un sujet hérédosyphilitique — et guérie par le traitement mixte.

(Bull. de l'acad. de méd. 66. ann. III. Ser. Nr. 33.)

Der Fall verdient das allgemeinste Interesse und ist von grundsätzlicher Wichtigkeit.

Ein 34jähriger Mann erkrankte mit Erscheinungen starker Kompression von Blase und Mastdarm, die in wenigen Monaten zur Kachexie führten. Das kleine Becken war ausgefüllt von derbem Infiltrat, das bis übers Schambein hinaufragte. Der Mastdarm war in geringer Höhe für die Fingerkuppe undurchgängig. Die Diagnose einer bösartigen Neubildung schien unabweisbar. Der Kranke bot keinerlei Anzeichen überstandener oder ererbter Syphilis; das einzige Verdachtsmoment beruhte auf erheblicher Kindersterblichkeit des Elternhauses; in der Tat waren von 15 Geschwistern des Kranken 13 in frühestem Alter gestorben. Auch der Augenhintergrund bot keinerlei Anhalt.

Da stellte sich der ältere Bruder zur Untersuchung; auch hier Fehlen sämtlicher häufigen Stigmata; doch konnte Antonelli auf dem Augenhintergrunde unzweifelhafte Spuren hereditär syphilitischer Chorioretinitis in Gestalt von Dystrophie pigmentaire, Arteriitis und Periarteriitis feststellen.

Unverzüglich wird bei dem Kranken eine energische, kombiniert antisyphilitische Kur eingeleitet, die in zwei Monaten zur völligen Resorption der Infiltration führt.

Lancereaux will einen analogen Fall bei einer 36jährigen Frau beobachtet haben. Leider fehlen alle beweisenden Einzelheiten. **Christel** (Metz).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 12. **Sonnabend, den 21. März.** **1903.**

Zur Chemie der Sauerstoff-Chloroformnarkose.

Von
Dr. Roth,
Oberarzt am Allgemeinen Krankenhause in Lübeck.

Der Frage, ob das Chloroform in dem von mir auf dem Chirurgenkongreß 1902 demonstrierten Apparate zur Sauerstoff-Chloroformnarkose eine schädliche Zersetzung erleide, habe ich nicht nur vor Bekanntgabe des Apparates, sondern auch später fortgesetzt Aufmerksamkeit geschenkt. Hätte sich nur ein einziges Mal eine solche Zersetzung nachweisen lassen, ich würde solches sogleich öffentlich bekannt gegeben haben. Mit der Frage der Zersetzung des Chloroforms in dem genannten Apparate haben sich bisher drei Untersucher befaßt. Dem ersten (Dr. Wohlgemuth, Nr. 45 dieses Blattes 1902)

ist es nicht gelungen, Zersetzungsprodukte im Chloroform nachzuweisen. Er glaubt aber doch auf Grund einer ohne Prüfung des Apparates getanen Äußerung der Chemischen Fabrik Schering die Methode verurteilen zu müssen. Der andere (Michaelis, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI Hft. 2) führt einige Veränderungen an, welche ein namhafter Chemiker nach zweistündiger Behandlung des Chloroforms mit Sauerstoff im Apparate gefunden hat. Die Zersetzung soll nach seiner Angabe schnell, d. h. nach einer Benutzungsdauer von wenigen Stunden eintreten (p. 215). Der dritte (Falk, Deutsche med. Wochenschrift 1902 Nr. 48) hat gar schon nach 20 Minuten starke Veränderungen im Chloroform nachgewiesen. Dieses Untersuchungsresultat, das von den beiden ersten so wesentlich abweicht, muß auffallen. Es ist vielleicht dadurch zu erklären, daß Falk anscheinend gar nicht mit dem Apparate selbst, sondern mit einem im Laboratorium zusammengestellten Apparate gearbeitet hat; ein jeder aber, der solche Untersuchungen gemacht hat, weiß, daß dabei manche Fehlerquellen unterlaufen können. Seine Arbeit hat solange keine Bedeutung, als man nichts über die Versuchsanordnung und über die Untersuchung des benutzten Sauerstoffes erfährt, die doch zu einer exakten Prüfung der Frage gehört.

Alle drei Arbeiten sind auf denselben Urheber zurückzuführen; es wäre sehr erwünscht, daß auch von anderer Seite Untersuchungen angestellt würden, da von der Entscheidung der Frage selbstverständlich die Zulässigkeit der weiteren Benutzung des Apparates abhängt.

Die auf meine Veranlassung von hiesigen Chemikern angestellten Untersuchungen habe ich schon im Dezember der Deutschen med. Wochenschrift zur Veröffentlichung übergeben, sie werden demnächst erscheinen und ich verweise hier auf dieselben.

In Nr. 6 dieses Blattes spricht nun Lauenstein, Hamburg, die Vermutung aus, daß auch in dem neuen Tropfapparate Dr. Roth-Dräger, in welchem das Chloroform erst im Augenblick der Verdunstung mit dem Sauerstoffe in Berührung kommt, eine Zersetzung stattfinden könnte, wie Michaelis sie von dem alten Apparate behauptet, welcher den Sauerstoff durch das Chloroform hindurchleitet. Es ist zu bedauern, daß Herr Lauenstein, welcher selbst manche Vorzüge der Sauerstoff-Chloroformnarkose vor der einfachen Tropfmethode praktisch erfahren hat und hervorhebt, keine Untersuchung des aus dem Tropfapparate abgehenden Gasgemisches durch eine ihm geeignet erscheinende Persönlichkeit veranlaßt hat. Immerhin ist es dankenswert, daß er durch seine Veröffentlichung, die offenbar unter dem frischen Eindrucke der Michaelis'schen Mitteilung geschrieben ist, zur weiteren Erörterung der für die ganze Sauerstoff-Chloroformnarkose wichtigen Frage angeregt hat.

Indem ich nachstehend kurz das Resultat der auf meine Veranlassung von dem beeideten Chemiker Dr. phil. Wetzke hierselbst angestellten Untersuchungen veröffentliche, hoffe ich, daß weitere Untersuchungen von anderer Seite folgen werden.

Das Untersuchungsprotokoll lautet:

»Das aus dem Tropfapparate Dr. Roth-Dräger abgehende Gasgemisch von Sauerstoff und Chloroformdampf wurde direkt in die Reagensflüssigkeit geleitet. Jeder Versuch wurde auf 30 Minuten ausgedehnt, und zwar wurde Zeigerstellung C (= 0,5 g Chloroformverbrauch pro Minute) bei 3 Liter Sauerstoffverbrauch pro Minute gewählt.

1) Einleiten des Gasgemisches in Silbernitratlösung.
   Resultat: Es trat keinerlei Trübung ein.
2) Einleiten des Gasgemisches in Lakmuslösung.
   Resultat: Ein Vergleich mit zurückbehaltener Lakmuslösung und der Versuchslösung läßt keinen Farbunterschied erkennen.
3) Einleiten des Gasgemisches in Schwefelsäure.
   Resultat: Die Schwefelsäure bleibt vollkommen farblos.

Eine Zersetzung des Chloroforms im Apparate ist demnach nicht nachzuweisen gewesen.

Um die Frage zu entscheiden, ob ein Einfluß des Chloroforms auf das Metall des Apparates zu konstatieren sei, wurde auf Veranlassung und in Gegenwart des Dr. Roth der Vergaser des von ihm seit 3 Monaten benutzten Tropfapparates auseinander genommen und in seine Einzelteile zerlegt.

Ich habe die Einzelteile einer genauen Besichtigung unter Benutzung einer Lupe unterzogen und bestätige, daß ich an dem Apparate und seinen Teilen weder ausgenutzte Stellen noch sonst einen Nachweis habe finden können, welcher auf die Entstehung von Salzsäure oder sonst ätzenden Verbindungen hätte gedeutet werden können.«

Lübeck, den 12. Februar 1903.

---

1) **Hildebrand.** Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie. VII. Jahrgang. Bericht über das Jahr 1901.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1902.

H.'s Jahresberichte sind schon in früheren Jahrgängen als ein bequemes und leicht orientierendes Nachschlagewerk gerühmt worden. Auch der neue Band verdient das Lob seiner Vorgänger. Eine Reihe neuer Mitarbeiter sind von dem Herausgeber herangezogen worden Die Arbeitsamkeit chirurgischer Forscher scheint nicht nachgelassen zu haben, denn der Umfang dieses ausschließlichen Referatenwerkes ist gegen den vorjährigen Bericht um mehr als den fünften Teil vergrößert; und in der Tat zeigt auch ein Vergleich der einzelnen Unterabteilungen des Buches, daß auf keinem chirurgischen Gebiete die Zahl der Veröffentlichungen eine Neigung zur Verminderung hat. Als um so verdienstvoller darf man immer mehr das Bestreben des Herausgebers ansehen, bei dieser übergroßen Fülle des Materials den wissenschaftlichen Bedürfnissen der Fachgenossen ein Werk an die Hand zu geben, dessen Übersichtlichkeit und eingehende Referate bei jeglichem Studium viel Mühe- und Zeitersparnis gewähren. Ausstattung und Handlichkeit des Werkes sind trotz der Vergrößerung gleich vorzüglich geblieben.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **H. Helferich.** Atlas und Grundriß der traumatischen Frakturen und Luxationen. 6. verbesserte und vermehrte Auflage.

(Lehmann's medizin. Handatlanten. Bd. VIII.)

München, **J. F. Lehmann,** 1903. Mit 76 Taf. u. 195 Fig. im Text. XIX u. 348 S.

Ein Buch über Knochenbrüche und Verrenkungen, das — in 6. Auflage — 2 Jahre nach der früheren Auflage von neuem aufgelegt wird, kann im Text keine wesentlichen Veränderungen zeigen. Wo kleine Fortschritte zu verzeichnen waren, wo reichere Erfahrung frühere hypothetische Anschauungen fester begründen oder als weniger sichergestellt aufgeben ließ, da ist das geschehen und so der Text den erreichten Fortschritten gerecht geworden. Das wesentlich Neue der Auflage aber beruht in der Aufnahme einer größeren Anzahl klarer Skiagramme wie auch einiger anderer Abbildungen, die den an sie zu stellenden Anforderungen durchaus entsprechen.

Richter (Breslau).

---

3) **Tilmann.** Die Elastizität der Muskeln und ihre chirurgische Bedeutung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

T. ist dem Vorgehen von Mosso gefolgt und hat eine Anzahl von Versuchen über die Muskelelastizität am lebenden Menschen angestellt. Diese Versuche hatten das Gemeinsame, daß durch bestimmte Vorrichtungen in einzelnen Gelenken das Gleichgewichtsverhältnis gestört wurde, indem die Glieder in Stellungen fixiert wurden, in die sie sonst nur durch einseitige Muskelzusammenziehungen hätten kommen können. Der mechanische Erfolg der Eingriffe war der, daß die eine Muskelgruppe eine Verlängerung, die andere eine Dehnung erfuhr. Das Ergebnis war ein einheitliches, dahin gehend, daß bei geringer Inanspruchnahme der Elastizität, also bei geringer Dehnung der Muskel nach Aufhören der Belastung auf lange Zeit verlängert bleibt und sich dann erst durch langsam eintretende kleine Zuckungen wieder verkürzt. Diese veränderte Lage dauert um so länger, je später eine willkürliche Kontraktion des betreffenden gedehnten Muskels eintritt. Unter normalen Verhältnissen hindert die Kontraktionsmöglichkeit des Muskels, daß aus den Störungen des Gleichgewichtes sich dauernde Schädigungen entwickeln können. Ferner ist bei allen Gleichgewichtsstörungen der Muskeln, die noch nicht zu dauernden pathologischen Veränderungen geführt haben, eine Restitution durch aktive Kontraktion der gedehnten Gruppe möglich. Jeder Muskel, dessen Ansatzstellen man voneinander periodisch entfernt, verlängert sich, dagegen verkürzt sich jeder Muskel, dessen Enden einander periodisch oder dauernd genährt werden. Die dauernde Verkürzung hat gewöhnlich keine Ernährungsstörungen im Gefolge, während analoge Dehnungen meist zu hartnäckigen, irreparablen Atrophien führen. Die lang dauernde

Belastung eines Muskels führt also zu einer Störung im Antagonismus der Muskeln, welche darin besteht, daß der belastete Muskel gedehnt, also verlängert bleibt. Die Folge davon sind degenerative Veränderungen. Ein Ausgleich dieser Gleichgewichtsstörung ist nur möglich durch energische, nachhaltige aktive Kontraktionen, die zur Verkürzung des bisher gedehnten und zur Dehnung des bisher verkürzten Muskels führen.

Zu den Zuständen, bei welchen die Resultate dieser Versuche in Betracht kommen, gehören vor allem die Rückgratsverkrümmungen. Durch den fehlerhaften Sitz der Kinder in der Schule entwickelt sich eine Gleichgewichtsstörung im Antagonismus der beiderseitigen Längsmuskeln des Rückens, die, wenn die Muskeln sich nachher nicht ausreichend aktiv kontrahieren, häufig zu einer dauernden wird. Die gedehnten Muskeln degenerieren, werden schwächer und unvermögend, die Wirbelsäule zu strecken. Die Folge ist eine Veränderung der Belastung der Wirbelknochen, die dann zu einer Deformation des Skeletts führt, welche sich in ihrer Form nach der Funktion der geschädigten Muskeln richtet. Auch für eine Reihe anderer chirurgischer Krankheiten weist Verf. nach, daß ähnliche Gesichtspunkte zur Erklärung der Deformitäten führen können, und daß die Entstehung eines Hallux valgus, der Hammerzehen, Klumpfüße und Plattfüße durch Störungen des Muskelgleichgewichtes und Kontraktur der Antagonisten der geschädigten, d. h. übermäßig gedehnten Muskelgebiete hervorgerufen wird. Daß diese Erwägungen für die Therapie der betreffenden Leiden wichtig sind, ist einleuchtend, da man durch frühzeitige Übung die Störung beseitigen kann. Sind die Knochen schon stark deformiert, so muß natürlich die Behandlung bei ihnen angreifen. Aber auch dann ist die Übung der Muskeln von größter Bedeutung, um bei Wiederkehr der Belastung den Rückfall in die alten Verhältnisse zu vermeiden. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

4) **O. Busse.** Über syphilitische Entzündungen der quergestreiften Muskeln.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Syphilis tritt in den quergestreiften Muskeln unter zwei Formen auf. Am häufigsten ist die erste Art, nämlich die umschriebene Knotenbildung, bei der es zur Erweichung und Exulceration der bedeckenden Haut kommen kann. Die zweite, seltenere Form stellt eine gleichmäßige entzündliche Schwellung und Verdickung des ganzen Muskelbauches dar. Sie wird von Virchow als Myositis syphilitica diffusa s. fibrosa bezeichnet. Eine Kombination beider Arten wurde von Ostermayer beschrieben. Mikroskopische Untersuchungen sind bisher bei Muskelsyphilis erst in geringer Zahl gemacht worden. Verf. macht deshalb zwei im Greifswalder pathologischen Institut beobachtete Fälle von Myositis und Myocarditis diffusa zum Gegenstand seiner Besprechung. In beiden Fällen handelte es sich nicht

um Gummibildung, sondern um eine diffuse Entzündung, die manchmal nur größere Abschnitte des betroffenen Muskels befallen hatte. Auffallend ist die Anwesenheit zahlreicher Riesenzellen in den syphilitischen Entzündungsbezirken. Diese ist für die schon früher von anderen beobachtete Tatsache eine Bestätigung, daß gerade in den gummös veränderten Muskeln Riesenzellen regelmäßig und in großer Anzahl vorkommen. Die Muskelsyphilis steht demnach in einem gewissen Gegensatz zu der Syphilis andere Organe, wo nach Baumgarten die Riesenzellen fehlen. Diese Ausnahmestellung erklärt sich dadurch, daß nach den mikroskopischen Befunden die Muskelfasern selbst die Riesenzellen liefern. Übrigens wird auch sonst ein großer Teil der bei der Entzündung auftretenden Zellen von den Muskelfasern und nicht vom interstitiellen Bindegewebe produziert. Interessant ist, daß der quergestreifte Muskel sich nicht nur an der Regeneration durch Schaffung massenhafter Kerne und Zellen beteiligt, sondern auch an chronischen Entzündungen teilnimmt. Da nun aus den neugebildeten Zellen im vorliegenden Falle nicht junge Muskelfasern, sondern einfach derbes fibröses Gewebe wird, so muß man anerkennen, daß die Abkömmlinge der Muskelfasern schließlich Bindegewebe formieren können, eine Tatsache, die für die Auffassung von der Dignität der Gewebe hochbedeutsam ist. Auf Grund dieser und noch anderweitiger demnächst zu publizierender Untersuchungen erklärkt B., daß die geschilderte Beteiligung der quergestreiften Muskeln nichts für die Myokarditis und Myositis syphilitica Charakteristisches ist, sondern daß die Muskelfaßern an jeder Entzündung mehr oder minder aktiven Anteil nehmen und die Reaktion auf Reize und Schädlichkeiten keineswegs nur dem interstitiellen Bindegewebe überlassen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

5) **R. Seggel.** Histologische Untersuchungen über die Heilung von Sehnenwunden und Sehnendefekten.

Inaug.-Diss., München, 1902.

Die sehr ausführliche und fleißige Arbeit beschäftigt sich zunächst in ausgedehnter Weise mit der Literatur, wobei besonders die Verdienste Nicoladoni's und Drobnick's hervorgehoben werden. Verf. geht auf die von ihm gemachten Befunde kurz ein, um den Gegensatz zu den Ansichten, die in der Literatur festgelegt sind, hervorzuheben. Auf diese kommt er aber in ausführlicher Weise im weiteren Verlauf seiner Arbeit. Diesbezüglich muß auf das Original verwiesen werden. Er behandelt sodann die »Spezifität der Sehne in ihrer Neubildung« und kommt zu dem Resultat, das ich wörtlich hier anführen will: »Der durch Retraktion der Sehnenenden entstehende Defekt wird von einem Bluterguß ausgefüllt. Dieser wird von den Elementen des Peritenonium ext. und int. aus organisiert und so zunächst die Verbindung der beiden Sehnenenden wieder hergestellt. Sekundär findet dann ein Ersatz des Interpolations-

gewebes durch eigentliches, typisches Sehnengewebe statt, indem vom 6. Tage ab die Regeneration der Sehne einsetzt« ..... etc. »So wird sekundär das primäre Ersatzgewebe durch Sehnenregeneration völlig zum Verschwinden gebracht«. Es folgen dann die Protokolle seiner Versuche an den hinteren Extremitäten von Meerschweinchen und die Resultate der mikroskopischen Untersuchungen an den verschiedensten Tagen. Diesbezüglich muß auf die Originalarbeit mit den guten Abbildungen verwiesen werden. Ebenso auf die Erörterungen über das geeignete Nahtmaterial. Im II. Teil der Arbeit, über Sehnenplastik, sind im wesentlichen nur mikroskopische Befunde mitgeteilt, die auch nur aus der Arbeit und den Bildern ersichtlich sind. Es handelt sich dabei um die treppenförmige Durchschneidung einer verkürzten Sehne. Verf. wendet sich sodann zur Frage des Sehnenersatzes durch Katgut, Seide oder Silber. Er gibt hierüber mehrere Versuchsprotokolle, ohne ein bestimmtes Urteil fällen zu wollen. Seine Versuche wurden an der Achillessehne des Kaninchens angestellt.

Zum Schluß kommt S. dann zu folgendem Resultat bei der operativen Behandlung der Sehnen: Bei Plastiken lange und ergiebige Fixation, die auch bei der einfachen Naht angewandt werden soll, weil durch frühzeitige Bewegung eine Dehnung der Narbe entsteht, die später Funktionsstörungen veranlassen kann. Verf. betont noch ganz besonders, daß bei dem Heilungsprozeß die Sehnenscheide eine große Rolle spielt und die Verletzung derselben in ihrer Ausdehnung von Bedeutung für die Wiederherstellung der Sehne ist.

Zum Schluß der Arbeit faßt S. die Resultate seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen, die ich zum Teil in genauer Wiedergabe bringe: Bei künstlicher Defektsetzung sind »äußere Momente, wie Spannungsverhältnisse der Sehne und die funktionelle Inanspruchnahme des neugebildeten Gewebes von gar keiner Bedeutung für das Wesen der Regeneration, für deren Qualität«. Die Regeneration der Sehne setzt ein »vollkommen unabhängig von diesen Momenten und ist eine, den Sehnenzellen absolut an und für sich von Anfang an innewohnende Eigenschaft, die bei dem sehr gefäßarmen und daher reaktionsträgen Sehnengewebe nicht sofort eintritt, sondern erst nachdem eine reaktive Hyperämie eine stärkere Durchtränkung desselben bewirkt hat«. Die Sehnenregeneration ist nach des Verf. Ansicht jedenfalls völlig »unbeeinträchtigt von der Spannung im Bereich der neuen Sehne«. Alle diese Momente kommen nur in Betracht für die »quantitative Vermehrung des einmal angelegten Gewebes« und bei der »sekundären Ausbildung der neuen Sehne zu einem ihrer Funktion entsprechenden Organ«. »Also die primäre Qualität der Regeneration wird durch alle diese äußeren Momente nicht bedingt, wohl aber die Quantität; und daher ist die Berücksichtigung dieser Momente bei der operativen Sehnenchirurgie unbedingt notwendig.« **Grosse** (Kassel).

---

6) **J. Spellissy.** Accurate anthropometric and orthopedic record by uniform photographic method.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin Vol. XV. Nr. 10.)

Photographien in Bezug auf das gleiche Objekt, welche von verschiedenen Autoren zwecks anthropologischer oder orthopädischer Messungen (Skoliose z. B.) hergestellt wurden, sind häufig unter so verschiedenen Bedingungen entstanden, daß sie keinen Vergleich der einzelnen Resultate zulassen. Verf. fixiert nun die Bedingungen, welche notwendigerweise bei der Herstellung der Bilder übereinstimmen müssen, und beschreibt seine diesem Zwecke entsprechende Technik.

Mohr (Bielefeld).

---

7) **M. Herz.** Lehrbuch der Heilgymnastik.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903. 638 S., 209 Abb.

H. beabsichtigt mit der vorliegenden gründlichen Darstellung der Heilgymnastik ein Lehrbuch für den Unterricht zu schaffen, außerdem seine Einzelpublikationen über dieses Gebiet im Zusammenhange darzustellen. Er bezweckt vor allem, der Heilgymnastik eine streng wissenschaftliche Grundlage zu geben, um ihr dadurch den gebührenden Platz in der Medizin gegenüber den Anpreisungen der Naturheilkunde zu verschaffen. Um diesen Zweck zu erreichen, hat er die bisher geübten Methoden einer streng objektiven Prüfung unterzogen und alles, was für gut befunden wurde, zu einem neuen Gebäude mit verwertet, alles andere aber, was dieser Prüfung nicht stand hielt, rücksichtslos geopfert. So berührt es sehr sympathisch, daß er die oft sinnverwirrende Nomenklatur und komplizierten Ausgangsstellungen, in denen zum Teil die schwedischen Gymnasten das Wesen der Gymnastik sahen, nicht übernimmt, ferner die Massage nicht als unwesentlichen Teil der Heilgymnastik hinstellt, sondern als gleichberechtigte Methode anerkennt. Ein gründliches Studium physiologischer Vorgänge und zahlreiche eigene physiologische Versuche begründen überall die vom Verf. vertretene Meinung.

In einem allgemeinen Teile wird nach einem kurzen Eingehen auf die Geschichte der Gymnastik das Ling'sche System geschildert und darauf das Programm der rationellen Heilgymnastik entwickelt. Es folgen physiologische Erörterungen und Versuche über die Arbeit im allgemeinen, die Dehnungskurve des Muskels, die Zugkräfte der menschlichen Muskeln, die spezifische Energie des Gelenkmuskelapparates. Bei den Studien über die Leistungsfähigkeit der Muskeln geht Verf. näher auf die Muskelermüdung, die allgemeine Erschöpfung und die Erschöpfung des Nervensystems, welche sich wie eine hochgradige Neurasthenie äußert, ein.

In den folgenden Kapiteln werden die gymnastischen Heilpotenzen genau definiert und einzeln besprochen. H. unterscheidet aktive und passive Bewegungen, Widerstands-, Selbsthemmungs-, Förderungsbewegungen und Koordinationsübungen. Großen Wert

hat H. hier neben der Schilderung der maschinellen Gymnastik auf die durch anschauungsreiche Abbildungen unterstützte Darstellung der manuellen Methoden gelegt; fernerhin hat er gezeigt, wie diese manuelle Methode durch einfache Geräte und leicht zu beschaffende Vorrichtungen wirksam ergänzt werden kann, so daß auch der Praktiker in die Lage gesetzt ist, die Heilgymnastik erfolgreich anzuwenden.

In dem speziellen Teile des Buches werden zunächst die physiologischen Wirkungen der Gymnastik, darauf die speziellen Indikationen und Verwendungsweise der gymnastischen Bewegungen ausführlich besprochen. Wir finden hier nicht nur genaue Anleitungen zur Ausführung der Gymnastik bei den einzelnen Erkrankungen, sondern auch in sachlicher Weise dargestellt, was wir therapeutisch von der Gymnastik erwarten können und wo andere Mittel anzuwenden sind.

Die einzelnen Abschnitte behandeln die Erkrankungen der Bewegungsorgane, Allgemeinerkrankungen, Krankheiten des Verdauungsapparates, der Respirationsorgane, der Circulationsorgane und des Nervensystems. Hier finden wir auch eine gebührende Würdigung der kompensatorischen Übungstherapie.

Wir können wohl sagen, daß H. es verstanden hat, die Heilgymnastik auf streng wissenschaftlicher Basis und in sachlicher, ruhiger Weise darzustellen. Das Buch bringt nicht nur dem Spezialisten ein ausführliches Bild über den heutigen Stand der Heilgymnastik, sondern auch dem Praktiker Anregung und die Möglichkeit, die Gymnastik mit einfachen Hilfsmitteln anzuwenden.

Störend ist nur, daß der bekannte Krukenberg'sche Fingerpendalapparat in Text und Figur als der Nebel'sche bezeichnet wird. Auch erscheint es dem Ref. für ein derart wissenschaftliches Werk, wie es das vorliegende ist, weniger geeignet, Clichés aus dem Kataloge einer Fabrik, bei denen die Firma etwas sehr augenfällig angebracht ist, ohne Änderung zu übernehmen. Es dürfte wohl eine Bemerkung im Vorworte oder in einer Fußnote genügen.

Drehmann (Breslau).

---

8) **E. Ekgren.** Taschenbuch der Massage. Mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Senator.

Berlin, **S. Karger,** 1903. 90 S., 11 Abb.

Verf. will mit dem vorliegenden kurzen Taschenbuche dem praktischen Arzte eine Anleitung über die Technik und die Indikationen der Massage geben. Er beschreibt in kurzen Zügen die wichtigsten Methoden und Griffe der Massage und schwedischen Gymnastik und bringt einige anschauliche Bilder über diese Methoden. Vor allem geht er genauer auf die Indikationen und Kontraindikationen ein.

Auffallend ist die Schreibweise mancher anatomischer Ausdrücke, wie Proc. Xiphoid., Torax, Pollux u. a. für Proc. xiphoid., Thorax, Pollex.

Ein kurzes Vorwort von Senator, an dessen Klinik der Verf. die Massage wissenschaftlich betreibt, ist dem Büchelchen beigegeben.

Drehmann (Breslau).

---

9) **H. Tillmanns.** Über die Entstehung und Behandlung der spondylitischen Lähmungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die durch Knochendruck bedingten spondylitischen Lähmungen sind bei florider Spondylitis tuberculosa seltener als man früher glaubte. Sie kommen vor, wenn in den Wirbelkanal vorspringende Knochenkanten bestehen und das Rückenmark durch Verwachsungen gegen dieselben fixiert ist. Eine wesentliche Verengerung des Medullarrohres braucht dabei gar nicht zu bestehen. In seltenen Fällen hat man in den Wirbelkanal dislozierte Sequester gefunden und als Ursache von Kompressionslähmungen angesprochen. Eine wichtige Ätiologie bilden ferner in veralteten, völlig oder fast vollkommen ausgeheilten Spondylitisfällen kallusartige, regenerative Knochenbildungen, welche, teils vom Periost, teils vom Mark entstanden, die durch Karies zugrunde gegangenen Knochenteile ersetzen und durch zu starkes Wachstum den Wirbelkanal verengen. In anderen Fällen von ausgeheilter Spondylitis tuberculosa hat man Kompressionslähmungen durch peridurale Bindegewebswucherungen beobachtet, allein die häufigste Ursache dürften bei noch floridem Prozesse epidurale Exsudate, Abszesse, käsige Zerfallsprodukte und peripachymeningitische Granulationen sein. Der Druck wirkt auf das Rückenmark in der Weise ein, daß er entweder eine umschriebene Atrophie des Markes erzeugt oder Circulationsstörungen, Anämie, venöse und lymphatische Stauung hervorruft. Die mikroskopische Untersuchung ergibt dann, daß die nervösen Elemente im Bereich der Kompressionsstelle zu Grunde gegangen und die durch Zerfall von Nervenfasern und Ganglienzellen entstandenen Lücken durch Bindegewebsneubildung ausgefüllt sind. Die Heilbarkeit nach Beseitigung des Druckes hängt wahrscheinlich mehr von der Art und Intensität des Druckes als von der Dauer desselben ab und natürlich vor allem von dem Grad der schon gesetzten anatomischen Veränderungen.

Zuerst ist bei allen spondylitischen Lähmungen die unblutige orthopädische Behandlung durch Extension, durch allmählich redressierende und fixierender Lagerungs- und Stützapparate zu versuchen. Je früher sie einsetzt, um so eher ist auf diese Weise noch eine Heilung wahrscheinlich. Das besonders von Calot eingeführte Redressionsverfahren eines Gibbus ist für nicht zu alte Fälle, für nicht bereits fixierte Buckel wichtig, aber mit der wichtigen Einschränkung, daß die Redression nicht in einer Sitzung, sondern mit größter Vorsicht nur allmählich ohne Operation auf unblutigem Wege geschehen soll. Fälle mit hochgradigem, fixiertem Buckel sind von dieser Behandlung auszuschließen. Die Erfolge, welche mittels der orthopädischen unblutigen Behandlung bezüglich der spondylitischen Läh-

mungen bisher erzielt wurden, sind sehr wechselnde; einzelne, wie Reinert, haben gute, viele andere sehr schlechte Resultate gehabt. Die operative Behandlung kommt nach allgemein gültiger Ansicht erst in zweiter Linie in Betracht, wenn die unblutige Therapie erfolglos geblieben ist. Sie kann zwei Wege einschlagen, einmal durch Bloßlegung der meist im Wirbelkörper gelegenen Krankheitsheerde durch seitliches Eingehen bis zur Vorderfläche der Wirbel, oder durch Eröffnung des Wirbelkanales, durch Laminektomie. Bei dem ersten Verfahren hat man die Nähe der Aorta, Vena cava und des Ductus thoracicus am Lebenden nicht zu fürchten, weil gewöhnlich durch den Eiter ein Kanal gebildet ist, in dem man vordringen kann. Ist an der Lendenwirbelsäule ein Psoasabszeß vorhanden, so benutzt man diesen als Wegweiser. Ist der Krankheitsherd bloßgelegt, so wird er nach Möglichkeit vorsichtig ausgelöffelt, ausgespült und drainiert. Dieses seitliche Eingehen und besonders auch die näher beschriebene Costo-Transversektomie Ménard's ist nach Ansicht des Verf. vor allem bei Drucklähmungen mit noch bestehender Spondylitis tuberculosa der Wirbelkörper, bei Kompression des Rückenmarkes durch Exsudate und Sequester angezeigt, die Laminektomie bei Karies im Bereiche der Wirbelbogen, ferner bei solchen spondylitischen Lähmungen, welche in ausgeheilten oder nahezu geheilten Fällen von Spondylitis infolge von Kompression des Rückenmarkes durch neugebildetes regeneratives Knochengewebe, durch Knochenkanten mit Verwachsung der Dura oder durch fibröse Bindegewebswucherungen bedingt sind. Bei noch bestehender Karies der Wirbelkörper hat sich die Laminektomie dagegen nicht bewährt. Die Technik dieses Eingriffes ist die im allgemeinen übliche. Daß die Festigkeit der Wirbelsäule durch die Resektion der Bogen Schaden litte, hat T. nicht beobachtet. Nach Beendigung des Eingriffes wurden Muskeln, Fascien und Haut vernäht, nur der untere Wundwinkel für den Blutabfluß offen gelassen, ein Drain dagegen nie verwendet.

Nach jeder operativen Behandlung der Wirbelkaries und der spondylitischen Lähmungen ist eine möglichst lang fortgesetzte orthopädische Nachbehandlung notwendig. Was die Resultate der Operationen anbetrifft, so war der Eingriff bei 10 Pat. erfolgreich, erfolglos nur in einem Falle. Allein die Dauererfolge waren ungünstig. Nur 3 Pat. leben zur Zeit noch, die anderen sind gestorben, und zwar in einem Zeitraum von 3 Monaten bis zu $2^3/_4$ Jahren an Tuberkulose und deren Folgezuständen.

Allgemein gültige Regeln für blutige und unblutige Behandlung der spondylitischen Lähmungen sind auf Grund der bis jetzt vorliegenden Statistik nicht möglich. Bessere Resultate werden wohl nur dann erzielt werden, wenn es gelingt, z. B. durch Vervollkommnung der Röntgenphotographie, möglichst zeitig eine exakte pathologisch anatomische Diagnose zu stellen bezüglich Ausdehnung und Sitzes der Spondylitis, bezüglich der Ursache jeder Lähmung, und

wenn auf Grund dieser frühzeitigen Diagnose jedem einzelnen Falle von Wirbelkaries und spondylitischer Lähmung die immer mehr zu verbessernde unblutige oder operative Behandlung richtig und nicht zu spät angepaßt werden kann. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

10) **G. Schmidt.** Der typische Bajonettierknochen am linken Oberarm.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 5. p. 237.)

S. schildert 4 von ihm beobachtete Fälle von ossifizierender Myositis, die durch Bajonettstoß gegen den linken Oberarm, und zwar im besonderen gegen den Ursprungsteil des M. brachialis hervorgerufen wurde. Aus den Krankenblättern zweier größerer Garnisonlazarette hat er 20 Fälle dieser Art gesammelt, in welchen bis auf einen Fall völlige Wiederherstellung eintrat. Er hält diese als Bajonettierknochen bezeichnete Myositis ossificans für ein auf bindegewebiger Grundlage verknöchertes Entzündungsprodukt. Die Behandlung besteht in frühzeitiger operativer Entfernung unter Schleich'scher Anästhesie. Beim Fechten soll der unter den Bajonettstößen empfindlich leidende linke Oberarm durch ein Polster geschützt werden. **Herhold** (Altona).

---

11) **R. Klapp.** Ein Beitrag zur Behandlung der Oberschenkelbrüche.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Ein wirklicher Mangel in der zur Zeit üblichen Behandlung der Oberschenkelbrüche ist die Immobilisation mit ihren nachteiligen Folgen für Gelenke und Muskeln. Deshalb versuchte Verf. der Extensionsbehandlung auch bei den Oberschenkelbrüchen die Vorteile frühzeitiger Gelenkbewegungen zu verschaffen, und hat einen dazu geeigneten Streckverband konstruiert. Die Heftpflasterstreifen, an denen die Gewichte wirken sollen, werden in Gestalt von 2—3 in ziemlich enger Spirale um den Oberschenkel gelegten breiten Pflasterstreifen an der Innen- und Außenseite fixiert und dann die peripheren Enden der Streifen in eine eiserne Klammer zusammengeklemmt. Man läßt sie 24 Stunden liegen, damit sie einem allmählich gesteigerten Extensionszuge Widerstand leisten können. Der Gewichtszug wird durch zwei Ketten auf die spiraligen Streifen übertragen. Ein eisernes Fußbrett verbindet die beiden Ketten und trägt die an Ringe und Schnur befestigte Gewichtsmasse. Das ganze Bein lagert bis hoch an den Oberschenkel hinauf in einem Trikotschlauch, welcher, durch einen Stock faltenlos ausgebreitet, durch ein Band mit einem Rollschlitten in Verbindung steht. Beigegebene Zeichnungen machen sofort leicht das ganze Verfahren klar. Die Gelenke können frei in dem Verbande bewegt werden. Zu diesem Zwecke wird vom 2.—3. Tage an das Gewicht abgenommen und

Pat. aufgefordert, das Knie bis zum rechten Winkel zu beugen. Nach einiger Zeit braucht man das Gewicht schon bei diesen Übungen nicht mehr abzuhängen. Nach Beendigung der Knochenheilung sind dann die Gelenke frei beweglich. Der Verband gestattet die besonders von Bardenheuer verlangte stetige Kontrolle der Oberschenkelfrakturen.

Bei Brüchen im unteren Drittel ist der ausschließliche Zug am Oberschenkel nicht zu verwenden. Bei solchen muß wie früher das ganze Bein für den Extensionsverband verwendet werden. Die Bewegung der Gelenke kann jedoch auch hier frühzeitig in Angriff genommen werden. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

12) E. Vincent. Ostéotomie et ostectomie fémorale dans les ankyloses vicieuses de la hanche et dans certaines fractures vicieusement consolidées du fémur.

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 10.)

Wie Ollier, so hält auch V. im allgemeinen daran fest, daß kleinwinklige Ankylosen des Hüftgelenks nach tuberkulösen Erkrankungen weder durch Osteoklasie noch durch Resektion des Gelenks beeinflußt, sondern durch operative Eingriffe außerhalb des alten Herdes korrigiert werden sollen. Nur wenn das Gelenk noch schmerzhaft, Sitz eines noch unvollständig geheilten Herdes ist, dessen Beseitigung gleichfalls bewerkstelligt werden soll, kommt die Gelenkresektion in Frage. Zudem bietet das ankylotische Gelenk bei einseitiger Erkrankung vor der Resektion, die event. mit Schlottergelenk ausheilt, den Vorzug größerer Festigkeit, und es ist somit die Osteotomie vorzuziehen. Im Falle doppelseitiger Ankylose steht es dem Chirurgen frei, auf der einen Seite die Resektion, auf der anderen die Osteotomie auszuführen.

V. bediente sich bei spitzwinkliger Ankylose nach tuberkulöser Coxitis, wobei noch tief eingesattelte Lendenlordose bestand, mit Vorteil folgenden Verfahrens. Der obere Teil des Schenkelschaftes von der Trochanterspitze ab bis unterhalb der Gegend des kleinen Trochanter wird freigelegt, das Periost abgehebelt. In der hinteren (nach unten gerichteten) Fläche des großen Trochanter wird eine Art Lager von 1 cm Tiefe ausgegraben, dessen Durchmesser etwa der Dicke des Femur unterhalb des Trochanter minor entspricht; ringsherum bleibt eine Periostmanschette erhalten. Dicht unterhalb dieser Grube (bezw. des Trochanter minor) wird das Femur durchsägt und in die Vertiefung eingepflanzt, event. mit Nagelung. Hierdurch wird der Schaft um die Dicke des Femur verlängert, und zugleich ist ihm ein fester Halt gegeben, der das Ausweichen nach oben verhindert.

In einem Falle starker doppelseitiger Ankylose in rechtwinkliger, stark adduzierter Stellung — das Resultat früherer Heilungsversuche einer angeborenen Verrenkung in einer anderen Klinik —, hat V. linkerseits den Schenkelhals und oberen Teil der Diaphyse reseziert

unter Erhaltung des Trochanter major, rechts eine Keilresektion unterhalb des Trochanter ausgeführt mit dem Erfolg, daß die Kranke mit starker Drehung des Beckens gehen konnte, trotzdem Eiterung und Erysipel die Heilung störten.

Des weiteren berichtet Verf. über einen Fall starker Verkürzung beider Oberschenkel nach Fraktur, verbunden mit Verschiebung ad axin. Um den freigemachten Knochenenden festen Widerhalt zu geben, hat er dieselben treppenartig angefrischt. Mit Hilfe der Lorenz'schen Schraube, deren Verwendung er lebhaft empfiehlt, gelang es ihm, die Bruchenden bis je auf den ersten Treppenansatz zu bringen, woselbst sie mit Platindraht zusammengeheftet wurden. Die so gewonnene Verlängerung des Oberschenkels war bereits eine beträchtliche. Diese Z- oder treppenförmige Anfrischung ist, wie V. selbst mitteilt, zuerst von Nanlow angegeben. **Christel** (Metz).

---

13) **M. Reiner** (Wien). Über ein Operationsverfahren zur Beseitigung hochgradiger Unterschenkelverkrümmungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 49.)

Unter Verwerfung der Keilosteotomie und einer nach der Operation stattfindenden, langdauernden Extensionsbehandlung empfiehlt R. auf Grund einiger von ihm in Lorenz' Klinik erfolgreich behandelter Fälle von schwerer Unterschenkelverkrümmung folgendes Verfahren: Offene lineäre Osteotomie (event. mehrfach) von der Konkavität aus gegen die Konvexität nach genügender querer Durchtrennung des Periosts, manuelle Redression, event. nach Achillotenotomie, sodann nach Wundverband instrumentelle Extension mittels Lorenz'scher Extensionsschraube zur Überkorrektur der Krümmung, schließlich erstarrender Verband bis zum Tuber ischii und um das Becken, damit nach 8—10 Tagen die Pat. umhergehen können. — An den drei so behandelten Kranken kamen keine der beträchtlichen Distraktion der Weichteile des Unterschenkels zur Last zu legende Blutgefäß- und Nervenschädigungen zur Beobachtung. Einige Abbildungen veranschaulichen die erreichten Resultate.

Kramer (Glogau).

---

14) **J. Peiser.** Über die Ursachen des angeborenen Klumpfußes.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Verf. berichtet zunächst über die Häufigkeit des angeborenen Klumpfußes unter Benutzung der verschiedenen Statistiken und entwirft nach der anatomischen Seite ein Bild desselben, wie es sich beim Neugeborenen findet. Alsdann geht er näher auf die Ätiologie des Leidens ein. Diejenigen Theorien, welche den Klumpfuß als endogene Hemmungsbildung bezeichnen, befriedigen nicht mehr. Dagegen hat, wie Verf. ausführt, die Lehre der exogenen Klump-

fußbildung in neuerer Zeit immer mehr Anhänger gefunden, wenn auch die Meinungen über die speziellen äußeren Momente noch nicht ungeteilt sind. Eine allgemein giltige Erklärung für sämtliche angeborene Klumpfüße ist überhaupt nicht möglich. Auf Grund einer kritischen Betrachtung der vorhandenen Literatur kann sogar den »Druckmarken« eine größere Bedeutung nicht zuerkannt werden. Aus der Anatomie des Klumpfußes beim Neugeborenen ist es jedoch nach P. erlaubt, einen gewissen Rückschluß auf die Zeit der Entstehung zu ziehen. Die Sehne des Peroneus longus verläuft beim angeborenen Klumpfuß gewöhnlich vom Malleolus externus zur Außenseite des Kalkaneus und biegt zur Planta um, ohne mit dem Kuboid in Berührung zu treten. Dies ist nur so zu deuten, daß beim angeborenen Klumpfuß die Sehne während ihrer Entwicklung am Kalkaneus lag, nicht am Kuboid, oder daß die Sehne bei wiederholten Kontraktionen des Muskels bei fixierter Stellung des Fußes die Tuberosität an der hinteren Begrenzung der Kuboidrinne allmählich abgeschliffen hat. Beide Deutungen lassen auf frühzeitige Entstehung des Klumpfußes schließen.

In der Erklärung des ätiologischen Vorganges selbst lehnt sich P. an die Heusner'sche Theorie an, nach welcher die Klumpfußbildung zustande kommt durch Einklemmung der Füße zwischen dem vergrößerten physiologischen Nabelbruch und dem eng umschließenden Amnion.

J. Riedinger (Würzburg).

---

15) **E. Ajevoli.** Studio su la patogenesi del piede piatto statico mechanico.

(Arch. di ortopedia 1902. Nr. 3.)

Die Statik des Fußes darf denselben nicht nur im ruhenden Zustande für sich betrachten, sondern im Zusammenhang mit den Veränderungen der Körperhaltung etc. A. nimmt wie v. Meyer einen hauptsächlichen Gewölbebogen am Kalkaneus, Kuboid, dritten Keilbein und Metatarsus an. Doch ist derselbe nicht starr, sondern zu betrachten als zusammengesetzt aus vier durch Scharniere verbundene Stücke. Der Bogen findet nur einen Hauptstützpunkt, den Kalkaneus. Die Weichteile der Fußsohle lassen schon normalerweise eine gewisse Formveränderung und Dehnung zu. Zur Entstehung des Plattfußes kombinieren sich ossäre, ligamentäre, muskuläre Momente.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

16) **Thalwitzer.** Zur Ätiologie der Fußgeschwulst.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 8. p. 435.)

T. wendet sich gegen die Auffassung, daß alle unter der Bezeichnung »Fußgeschwulst« zugehenden Krankheiten Brüche der Mittelfußknochen seien. Er glaubt, daß es sich in der Mehrzahl dieser Fälle um eine durch Zerrung der Mm. interossei hervorgerufene Knochenhautzündung der Mittelfußknochen handle. Diese

Knochenhautentzündung gibt nach einiger Zeit im Röntgenbilde keinen runden, unregelmäßigen Schatten, wie der Kallus der eigentlichen Brüche, sondern einen mehr spindelförmigen langgestreckten Schatten. — Wenn auch nicht zu leugnen ist, daß diese spindelförmige Verdickung durch eine traumatische Knochenhautentzündung in manchen Fällen bedingt sein kann, so muß doch nach den Erfahrungen des Ref. daran festgehalten werden, daß es sich in den meisten der als »Fußgeschwulst« bezeichneten Fälle um einen Bruch oder wenigstens Einbruch eines Mittelfußknochens handelt.

Herhold (Altona).

---

17) **Blecher.** Fußgeschwulst, Knochenbruch und Knochenhautentzündung.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 6. p. 321.)

Verf. hat 87 Röntgenaufnahmen (Platten) bei wegen Fußgeschwulst ins Lazarett aufgenommenen Mannschaften ausgeführt und unter diesen 30mal mit Bestimmtheit durch das Röntgenbild einen Bruch nachweisen können, indem entweder eine Bruchlinie oder deutlicher runder Kallus gesehen wurde. In den übrigen 57 Fällen war keine Bruchlinie zu erkennen, es fand sich aber nach einer gewissen Zeit im Röntgenbilde eine mehr gleichmäßige Verdickung einer oder der beiden Seiten des betreffenden Metatarsalknochens vor. In diesen letzteren Fällen handelt es sich nach B. um eine Knochenhautentzündung. Verf. kommt infolgedessen zu dem Schluß, daß es sich etwa bei einem Drittel der Erkrankung an Fußgeschwulst um Mittelfußknochenbruch und bei zwei Dritteln um eine Knochenhautentzündung handle. — Nach den Erfahrungen des Ref., der eine sehr große Anzahl von Fußgeschwulstfällen im Röntgenbilde zu beobachten Gelegenheit hatte, kommt diese Knochenhautentzündung nicht so häufig vor, wie Verf. annimmt, sondern es handelt sich in der Mehrzahl der Fälle von Fußgeschwulst um einen allerdings erst oft später erkennbaren Bruch eines Mittelfußknochens. **Herhold** (Altona).

---

18) **Loison.** Note sur le traitement chirurgical du hallux valgus, d'après l'étude radiographique de la déformation.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 528.)

L. weist an der Hand von Skiagrammen darauf hin, daß es sich beim Hallux valgus nicht nur um eine abnorme Abduktionsstellung der großen Zehe handelt, sondern daß gleichzeitig der erste Metatarsalknochen im Metatarso-Tarsalgelenk eine abnorme Adduktion und die Phalangen eine Drehung um ihre Längsachse erfahren haben. — Zur völligen Beseitigung der Difformität genüge daher nicht ein Eingriff am Metatarsalköpfchen bezw. Metatarso-Phalangealgelenk, sondern man müsse außerdem an der Basis des ersten Metatarsus eine lineäre oder sogar keilförmige Osteotomie (mit der Basis des

Keiles nach außen) vor der Ansatzstelle des M. peroneus longus ausführen. — Gemacht hat L. die Operation am Lebenden bisher noch nicht. **Reichel** (Chemnitz).

19) **Bettmann** (Leipzig). Über die Verwendung kleiner Gummiringe zur Druckentlastung schmerzhafter Punkte am Fuß.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 47.)

Die Gummiringe, welche den zum Bierflaschenverschluß gebräuchlichen entsprechen, werden, mit Watte unterpolstert, durch Heftpflasterstreifen an der schmerzhaften Stelle befestigt. Sie taten B. bei Schmerzen an der Basis der Nagelphalanx bei Plattfuß und bei der sogen. Metatarsalgie im Bereiche der Köpfchen des II. und III. Metatarsus gute Dienste. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

20) **C. Beck.** The operative treatment of deformed fractures as indicated by the Röntgen rays.

(New York med. journ. 1902. Dezember 27.)

Der durch seine zahlreichen Publikationen aus dem Gebiete der Röntgenstrahlen bekannte Chirurg sucht in diesem mit 23 meist sehr guten Illustrationen versehenen Artikel nachzuweisen, wie wichtig es ist, insbesondere den Erfolg der Repositionsversuche bei Knochenbrüchen durch Skiaskopie zu kontrollieren. Man erlebt dabei manchmal Überraschungen, für die Verf. mehrfache klassische Belege gibt. Die regelmäßige Röntgenaufnahme von Frakturen und das Studium der erhaltenen Bilder in Bezug auf das Zustandekommen von Difformitäten resp. deren Folgezustände veranlaßte Verf. öfters, schon frühzeitig zu operieren, nachdem er sich überzeugt hatte, daß die gewöhnlichen therapeutischen Maßnahmen, insbesondere die Fixation der gebrochenen Teile in verschiedenen Stellungen keine ideale Heilung erwarten ließen. Unter den vorgeführten Fällen sind einige besonders bemerkenswert, hauptsächlich durch die Röntgenbilder, die den Fall einmal bei der ersten Untersuchung zeigen, dann im Gipsverbande, wobei der Fehler der Reposition deutlich wird, endlich nach vollendeter guter Heilung. Sehr instruktiv sind z. B. die drei Aufnahmen eines Bruches des Radiusköpfchens mit seitlicher Verschiebung, wobei die Aufnahme durch den gefensterten Gipsverband zeigte, daß die Fixation in Beugestellung ganz resultatlos war, während eine solche in Extension eine sehr gute Heilung zustande brachte; ähnlich lagen die Verhältnisse bei einem Olecranonbruche mit starker Diastase der Ulnardiaphyse, wo auch die Umänderung der ursprünglich angewandten Fixation ein schönes Resultat bewirkte; in einem anderen Falle von Olecranonfraktur zeigte das Skiagramm die absolute Notwendigkeit eines operativen Eingriffes zur Vereinigung der Bruchenden mit Silberdraht. Interessant ist ein beim Ringen entstandener Oberarmbruch, wobei der Oberarmkopf an der Epiphysenlinie abgebrochen war und sich direkt neben und vor den Schaft gestellt hatte, so daß eine starke Vorragung an der Vorderseite der Schulter sichtbar war. Die Röntgenaufnahmen machten die Verhältnisse klar und beweisen andererseits das schöne Resultat nach operativem Eingriffe. Den interessantesten Befund aber zeigte die Aufnahme eines Spiralbruches des Oberarmes, wobei ein langer Knochensplitter völlig isoliert längsseits des Humerus lag. Das Bild überzeugte den Pat. leicht von der Notwendigkeit der Operation, die denn auch nach Entfernung des losgelösten Fragmentes eine ideale Heilung zur Folge hatte. **Scheuer** (Berlin).

21) Mignon. Réduction directe d'une fracture récente du fémur, irréductible par interposition musculaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 550.)

22) E. Delanglade (Marseille). Sur la réduction sanglante dans certaines fractures de l'extrémité inférieure du radius.

(Ibid. p. 684.)

23) Tuffier. Sur la réduction des fractures.

(Ibid. p. 713.)

Bei einem jungen Manne mit Bruch des linken Oberschenkels 15 cm oberhalb des Kniegelenkspaltes mit starker Dislokation der Bruchenden und Unmöglichkeit der Reposition und Koaptation infolge Interposition von Muskeln legte M. die Frakturstelle 10 Tage nach der Verletzung durch langen Schnitt an der Außenseite des Oberschenkels bloß, beseitigte die Muskelinterposition und vereinigte die Bruchstücke durch Naht. Das Endresultat war sehr zufriedenstellend.

D. berichtet über einen Fall von blutiger Einrichtung eines mehrfachen Bruches am unteren Ende des Radius und befürwortet ein ähnliches Vorgehen für gewisse Fälle, in denen auf unblutigem Wege eine befriedigende Korrektion der Stellung nicht zu erzielen sei. Splitter, auch solche, die völlig gelöst sind, empfiehlt er zu erhalten. Die Knochennaht will er auf Ausnahmefälle beschränkt wissen; sie sei meist unnötig, vermehre nur die Splitter und hinterlasse einen Fremdkörper in der Wunde.

Sehr warm tritt T. für die blutige Reduktion von Frakturen, insbesondere auch solchen der Diaphysen ein. Er verlangt in erster Linie eine Kontrolle der Frakturbehandlung durch die Skiaskopie. Die Röntgenphotographie beweist, wie selten eine völlig exakte Reposition der Bruchstücke auf unblutigem Wege gelingt. Mit einer nur ungefähren Korrektion der Stellung, die den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden genügt, dürfe man sich nicht begnügen; die Heilung erfolge um so rascher und günstiger, je exakter die anatomischen Verhältnisse wiederhergestellt werden. Daher reponiert und fixiert T. die Knochenbrüche bei direkter Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen. Gelingt die Reposition nicht nach Wunsch, so legt er den Bruch durch Schnitt bloß und erzwingt den Stellungsausgleich instrumentell. Bei strenger Asepsis hält er die blutige Reposition, bald nach dem Unfalle vorgenommen, für gefahrlos. Die Operation erst mehrere Tage später auszuführen, sei weniger unbedenklich, da die Gewebe dann durch Ernährungsstörungen bereits gelitten hätten und der Infektionsgefahr zugänglicher seien. Bezüglich der Technik empfiehlt T. möglichste Schonung der Weichteile, möglichst geringe Ablösung des Periostes, Exstirpation der völlig freien Splitter, Annähung der adhärenten Splitter, wenn nötig Knochennaht der Bruchstücke mit feinem Aluminiumbronzedraht. **Reichel** (Chemnitz).

24) Barth. Histologische Knochenuntersuchungen bei tabischer Arthropathie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Ansichten über die Entstehung der tabischen Arthropathie sind auch heute noch strittig. Der Lehre Charcot's von der trophischen Knochenstörung steht die traumatische Theorie Volkmann's gegenüber, welcher die Knochen- und Gelenkveränderungen als die einer Arthritis deformans erklärt. B. gibt einen Beitrag zu der ganzen Frage, indem er über das Ergebnis mikroskopischer Knochenuntersuchungen von einem Falle tabischer Fußgelenksarthropathie berichtet. Es handelte sich danach um einen Zerstörungsprozeß, der ohne alle entzündliche Erscheinungen verlief und ausgedehnte Teile des Gelenkknorpels und Knochens zum Schwund gebracht hatte. Es bestand weder eine Nekrose mit nachfolgender Defektbildung durch Resorption, noch war es denkbar, daß die Defekte durch eine Fraktur entstanden waren, da von einer Zertrümmerung des Knochens und Knorpels oder von einer Callusbildung nichts zu sehen war. Es handelte sich vielmehr

um einen eigentümlichen Schwund von Knorpel und Knochen ohne alle entzündlichen Erscheinungen, so daß man einigermaßen an den Prozeß bei Arthritis deformans erinnert wurde. Jedenfalls ist nur die Deutung des Befundes dahin erlaubt, daß eine Ernährungsstörung vorlag, und als Ursache derselben kann wohl nur das Rückenmarksleiden in Frage kommen. Nach Ansicht des Verf. sollten überhaupt alle Erklärungsversuche der tabischen Arthropathie mit der Frage nach dem Wesen und der Entstehung der Arthritis deformans beginnen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

25) **M. Motta.** Nuovo contributo alla cura delle osteo-artriti e delle sinoviti articolari tubercolari degli arti ne' bambini e ne' ragazzi (metodo sclerogeno di Lannelongue).

(Arch. di ortopedie 1902. Nr. 3.)

M. hat seit 1894 Gelenk- und andere Tuberkulosen nach Lannelongue mit Chlorzinkinjektionen behandelt. Er empfiehlt die Methode, welche er für die einzelnen Körpergegenden genau beschreibt, aufs wärmste. Bei geschlossenen Tuberkulosen erzielt man damit rasche Ausheilung, häufig mit voller Erhaltung der Funktion. Abszesse werden punktiert und ausgespült, nachdem ihre Umgebung durch die Einspritzungen sklerosiert ist; bei offenen Tuberkulosen werden die verschiedenartigen Operationen notwendig, doch vereinfachen sich dieselben und werden Resektionen ungefährlicher, da man in einem durch die Injektionen bereits narbig veränderten Gewebe operiert.

M. gibt 31 Krankengeschichten wieder (im ganzen hat er ca. 61 Fälle so behandelt). Die Endresultate waren sehr gute. So heilten von 24 Fällen von Knietuberkulose nur 4 mit Ankylose, 14 mit voller Beweglichkeit.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

26) **Jungmann.** Über multiple hereditäre Exostosen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 38.)

Verf. teilt einen Fall von multipler Exostosenbildung mit, die bei einem 9jährigen Knaben beobachtet wurde, dessen Vater und Schwester das gleiche, wenn auch weniger ausgeprägte Krankheitsbild boten. Aus der Krankengeschichte sei noch hervorgehoben, daß eine statische Skoliose bestand, keine rachitischen Veränderungen nachweisbar waren, daß an den oberen Extremitäten eine Varusstellung des linken Ellbogengelenkes, bedingt durch Subluxation des Radiusköpfchens, und eine Valgusstellung der linken Hand auffiel, und daß links ein Genu valgum bestand. Malleolus ext. und int. endeten links in gleicher Höhe; starke Valgusstellung des linken Fußes.

Die Exostosen traten außerordentlich häufig symmetrisch auf, sie können sich ganz oder teilweise zurückbilden; durch Trauma abgestoßene Exostosen können völlig resorbiert werden. Die Erkrankung ist meist keine kongenitale, tritt am häufigsten im 3.—4. Lebensjahre auf und ist eine Krankheit sui generis, bedingt durch eine Wachstumsstörung des intermediären Knorpels, die auf einer fehlerhaften ursprünglichen Anlage beruht.

Der Parallelismus zwischen Hemmung des Wachstums und Exostosenbildung, den Bessel-Hagen kombiniert hat, trifft nach Ansicht des Verf. in einigen Fällen nicht regelmäßig zu. **Langemak** (Rostock).

27) **K. Teuber.** Über Sehnennähte.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Nach kurzer Erwähnung der Literatur will Verf. die Sehnenverletzungen in 2 Arten geteilt wissen: »Subkutane Sehnenzerreißungen und offene Sehnendurchtrennungen«. Sodann bespricht er den Mechanismus des Zustandekommens, wobei er besonders die Hyperextension erwähnt. Unter den von der Verletzung betroffenen Personen stehen nach seinen Beobachtungen oben an die Metzger, dann folgen Schreiner und Zimmerleute etc.

Nach vielen Citaten aus Witzel erfolgt die Erörterung der Nahtmethoden, wobei der Ersatz der Sehnen durch Seidenfäden in ausgedehnter Entfernung der Stümpfe (Kümmel und Tillmanns) besonders hervorgehoben wird. Es folgen 32 Krankengeschichten, die das Ergebnis der Dauerresultate so stellen, daß bei diesen 32 Pat. 15 dauernde, davon »8 gute« und »7 unvollständige« Heilungen bezüglich der Funktion erzielt wurden. **Grosse** (Kassel).

28) **W. N. Orlow.** **Macrosomia partialis als Resultat einer chronischen Reizung des N. sympathicus.**

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 6.)

Es handelte sich um wahren Riesenwuchs der linken oberen Extremität bei einem 15jährigen Mädchen, dessen Großvater, Großmutter und Vater an Aortenaneurysma litten; Pat. selbst hat seit der Geburt ein Aneurysma der linken A. subclavia und der linken A. carotis communis. Letzteres rief durch Reizung der beiden unteren Cervical- und des oberen Thoraxganglion des sympathischen Nerven Pupillendilatation, Hyperhidrosis und arterielle Hyperämie hervor. Diese Hyperämie führte nach und nach zu Vergrößerung der oberen Extremität, des linken Schultergürtels und der linken Brustdrüse. — 2 Photographien und 1 Röntgenbild veranschaulichen den Zustand. **Gückel** (Kondal, Saratow).

29) **Schmitz.** **Über Frakturen und Luxationen der Handwurzelknochen.**

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 6.)

Verf. durchleuchtete mit Röntgenstrahlen während eines Zeitraumes von 20 Monaten alle dem Lazarette zugehenden Fälle von Verletzungen des Handgelenkes, auch die nur mit der Diagnose »Verstauchung« überwiesenen. Unter 27 Fällen, von denen 20 mit der Diagnose Verstauchung des Handgelenkes in das Lazarett geschickt wurden, konnten durch Röntgenbild 16mal Brüche resp. Verrenkungen der Handwurzelknochen festgestellt werden. Das Kahnbein war stets bei diesen Verletzungen beteiligt; am häufigsten verletzt wurde nach dem Kahnbeine das Mondbein und das Os capitatum angetroffen. Die Röntgenbilder richtig zu deuten, ist nicht immer leicht, zur Vergleichung ist die Aufnahme der gesunden Hand erforderlich; und trotzdem können falsche Deutungen des Bildes mit unterlaufen. **Herhold** (Altona).

30) **Lund.** **Congenital anomalies of phalanges with report of cases studied by skiagraphy.**

(Boston med. and surg. journ. 1902. Dezember.)

L. gibt eine kurze entwicklungsgeschichtliche Einleitung der Extremitätenbildung und leitet die angeborenen Mißbildungen von der Entwicklung ab. 8 Fälle werden genau unter Beifügung von Röntgenbildern mitgeteilt. Bei allen tritt die Vererbbarkeit in hohem Maße hervor. Sämtliche Personen hatten Eltern, Geschwister oder andere nahe Verwandtschaft, bei welchen gleiche oder ähnliche Mißbildungen vorlagen. Die Familiengeschichten sind beigegeben. Die Mißbildung der Eltern ist ohne Unterschied auf Knaben und Mädchen vererbbar. Die meisten der mitgeteilten Fälle war durch Operation nicht beeinflußbar wegen zu hohen Grades der Mißbildung; bei einigen war sie versucht, jedoch machte nachträgliche Narbenzusammenziehung das Ergebnis wieder zunichte.

Trapp (Bückeburg).

31) **Dubois** (Bern). **Radikuläre Lähmung im Bereiche der Sakralwurzeln.**

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 12.)

Eine 46jährige Dame, welche vor 3 Jahren an rechtsseitiger Ischias gelitten, erkrankte in leichterem Grade 3 Jahre später wieder. Um ihren Schmerz zu be-

kämpfen, hockte sie mit heftigem Ruck nieder und hatte alsbald einen starken Schmerz, an den sich allmählich eine Lähmung der Blase, des Sphincter ani und der Genitalmuskulatur, sowie eine Anästhesie mit radikulärer Anordnung am Gesäß, in einem Streifen an den Beinen und beiden Füßen anschloß, Störungen, die in mehreren Monaten nur unvollständig zurückgingen. D. nimmt, gestützt auf eine frühere Beobachtung und einen Sektionsbefund von Frau Déjerin-Klumpke eine Erkrankung im Wirbelkanale, und zwar eine Blutung in der Cauda dicht unter dem Conus, an.

Verf. empfiehlt bei dieser Gelegenheit ein vertiefteres Studium der Symptomatologie und pathologischen Anatomie der Ischias, deren Ursachen nach seiner Erfahrung sehr oft innerhalb des Wirbelkanales liegen mögen; die oft begleitenden Lumbagoerscheinungen, die Doppelseitigkeit, das fast regelmäßige Fehlen der motorischen Parese, die häufige Atrophie der Muskeln ohne entsprechende Lähmung sprechen ihm für eine solche Annahme. **P. Stolper** (Breslau).

32) **Tubenthal.** Myositis ossificans oder Osteosarkom?

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 9.)

T. schildert, wie sich nach einem einmaligen Trauma, Fall auf die linke Gesäßbacke, bei einem Kanonier eine große, die ganze linke Gesäßhälfte einnehmende Geschwulst entwickelte. Bei der Operation erwies sich dieselbe fest verwachsen mit der Muskulatur, dem Knochen aber nur lose aufsitzend. Es handelte sich um eine Knochencyste, deren mikroskopische Untersuchung ergab, daß ein Osteosarkom vorlag. Die Entstehung dieser Geschwulst denkt sich Verf. ähnlich der Entstehung einer Myositis ossificans traumatica, nur müsse eine besondere Disposition des Verletzten für die Entwicklung des Sarkoms angenommen werden. Der betreffende Kranke wurde durch die Operation geheilt.

Herhold (Altona).

33) **Overmann.** Über Myositis ossificans traumatica.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 11.)

Verf. weist auf die Seltenheit in der Literatur veröffentlichter Fälle hin, in welchen eine Myositis ossificans nach einem einmaligen Trauma entstand. Er beobachtete, daß bei einem Husaren durch Hufschlag gegen den Oberschenkel zwischen Vastus internus und Rectus cruris zwei kleinere und, unmitelbar auf dem Femur aufliegend, ein größeres, Knochengewebe zeigendes Gebilde sich entwickelte. Aus dem schalenartigen Bau des letzteren mußte geschlossen werden, daß es sich nicht um eine Knochenhautentzündung, sondern um eine Umwandlung von Muskel- in Knochengewebe handelte. Es werden die Ansichten zahlreicher Autoren über die Ursachen der Myositis ossificans traumatica besprochen.

Herhold (Altona).

34) **Hoeftmann.** Einige Mitteilungen aus der Praxis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. beschreibt einen aus Wasserglas konstruierten einfachen Stützapparat, der ihm bei Hüft- und Kniegelenkserkrankungen sehr gute Dienste geleistet hat. Außerdem hat er sich auch zur Anfertigung künstlicher Glieder des Wasserglases bedient und gibt eine Schilderung, wie man derartige Prothesen anfertigen kann. Natürlich sind solche Hilfsmittel heutzutage nur ein Notbehelf. Leicht ist übrigens auch, einen Stelzfuß in einen künstlichen Fuß umzuwandeln. Mittels seiner so einfach angefertigten Apparate hat H. ein Mädchen mit angeborenem vollständigem Defekt beider Beine so weit gebracht, daß sie bis zu $^1/_4$ Meile zu gehen vermag. Zum Schlusse zeigt Verf. noch, wie man Kniekontrakturen unter Benutzung von Verschiebungen der Gelenke und unter teilweiser Zuhilfenahme von Gummizügen relativ leicht redressieren kann und wie man diese exzentrischen Gelenke auch bei anderen Erkrankungen sowie bei Amputierten am Unterschenkel mit ganz kurzem Stumpfe zu verwenden vermag.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).



35) **T. Kölliker.** **Osteotomie und Osteoklase bei rachitischen Deformitäten der unteren Extremität.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat 47mal Osteotomie und 13mal die Osteoklase ausgeführt. Die Operation bei rachitischen Deformitäten bleibt indessen eine Ausnahme, die Zahl der Operierten ist zu der Ziffer der exspektativ Behandelten eine verhältnismäßig nicht sehr große. Die Technik für die Osteotomie bei Genu valgum und Verkrümmung der Unterschenkel ist näher beschrieben. Bei Kindern wird zunächst die Osteoklase versucht, zuerst manuell, wenn dies mißlingt, mit dem Osteoklast-Redresseur von Lorenz. Wiederholt hat K. die Osteotomie am Femur wegen deform geheilter Knochenbrüche ausgeführt. Bei starker seitlicher Verschiebung fand er eine schräg verlaufende Knochendurchmeißelung zweckmäßig.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

36) **E. v. Bergmann.** **Zur Kasuistik des arteriell-venösen traumatischen Aneurysma.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Obgleich zur Zeit eine Zusammenstellung der Schußverletzungen im Burenkriege durch die englische Armeeverwaltung noch nicht erfolgt ist, scheint aus den bisherigen Publikationen der Schluß erlaubt, daß den Verletzungen der Arterien durch das moderne kleinkalibrige Mantelgeschoß die nachträgliche Entwicklung eines Aneurysma eigentümlich ist. v. B. hatte selbst Gelegenheit, den 26jährigen Andries de Wet wegen eines solchen Aneurysma am linken Oberschenkel zu operieren. Der Sitz desselben war an der Durchtrittsstelle der Art. femoralis durch den Adduktorenkanal zu vermuten. Deshalb wurde ins untere Viertel des Oberschenkels in die Fossa Joberti eingegangen. Nachdem die vielleicht auf das Dreifache ihres Volumens entwickelte Vena poplitea isoliert und ebenso wie die Arterie oberhalb und unterhalb des Sackes unterbunden war, wurde die ganze aneurysmatische Geschwulst exstirpiert. Die Vene war an der Vereinigungsstelle mit der Arterie zu einem hühnereigroßen Varix ausgedehnt. Das Loch, das aus ersterer in die letztere führte, maß 3 mm im Umfange, war kreisrund und hatte glatte, scharfe Ränder. Beide Gefäße waren an der Kommunikationsstelle fest miteinander verwachsen. An der Öffnung der Venenwand befand sich eine halbmondförmige Klappe, welche beim Einströmen des Blutes in die Vene in pulsatorische Schwingungen versetzt wurde, woraus ein ungemein starkes, fühlbares Schwirren an der Innenfläche von Knie und Oberschenkel zu erklären war.

v. B. kann aus dem südafrikanischen Kriege noch 10 andere arteriell-venöse Aneurysmen der Femoralis und Poplitea zusammenstellen, davon 6 in derselben Gegend, in der das von ihm operierte Aneurysma lag. Er nimmt an, daß zur Entstehung eines arteriell-venösen Aneurysma die sofortige Kontinuitätstrennung der Gefäße, nicht bloß eine Quetschung, wie dies Hodgson annimmt, gehört. Die primäre wie sekundäre Blutung in seinem Falle spricht deutlich für diese Ansicht, ebenso wie der Operationsbefund, bei dem das Bindegewebe um die Gefäße locker und weich war wie in der Norm und sich leicht zur Isolierung des Varix abstreifen ließ. v. B. hat noch zweimal Gelegenheit gehabt, Aneurysmen gleicher Art an der Femoralis in derselben Weise zu beseitigen. Obschon das Resultat in allen Fällen ein sehr gutes war, glaubt er, daß er in dem ersten Falle bei der Enge der Verbindungsstelle zwischen Arterie und Vene einfach an dieser selbst hätte unterbinden sollen, um danach den Varix zu exstirpieren. Es hätte dann allerdings eine seitliche Arteriennarbe gegeben, die vielleicht im Laufe der Zeit Gelegenheit zur Bildung eines Aneurysma verum gegeben hätte. Auch für die Arteriennaht wäre der Fall nicht ungeeignet gewesen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

37) Helferich. Zwei Vorschläge zur Improvisation für den Transport von Oberschenkelbrüchen.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 5.)

Der erste Vorschlag besteht darin, daß die zusammenlegbare Krankentrage durch Umbiegen im Scharniergelenke nach oben eine schiefe Ebene herstellt, auf welcher der Verletzte nach Erhöhung der Kopflehne gelagert wird. Der zweite Vorschlag ist die Konstruktion zweier gegeneinander geneigter Bretter zu einer doppelt geneigten schiefen Ebene, welche auf die Mitte der nicht zusammengeklappten Trage gestellt wird. Diese Bretter nehmen nur sehr wenig Platz ein, außerdem lassen sie sich überall im Felde leicht finden und zu dem genannten Zwecke zurecht schneiden. Zwei Zeichnungen dienen zur Erläuterung.

Herhold (Altona).

38) H. W. Page. Two cases of arthritis of the knee.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 84.)

P. schildert 2 nach Traumen entstandene Fälle von Kniegelenksentzündung, die mit äußerst heftigen Beschwerden und geringem Fieber auftraten und die durch keine andere Behandlung als durch Punktion des Gelenkes und nachfolgende Waschung mit einer Karbollösung beeinflußt werden konnten. In der aspirierten gelben und zähen Flüssigkeit fanden sich zahlreiche Diplokokken, deren intravenöse, bei einer Ratte vorgenommene Injektion Polyarthritis und Herzerkrankung hervorrief. Durch den aus dem Knie eines 3. Pat. gewonnenen Diplokokkus hatte P. nach intravenöser Injektion bei einer Ratte eine monoartikuläre Osteoarthritis erzeugt. P. meint daher, daß derselbe Diplokokkus in dem einen Falle einen allgemeinen infektiösen Gelenkrheumatismus, in dem anderen Falle einen mehr chronischen osteoarthritischen Prozeß hervorrufen könne.

Herhold (Altona).

39) K. Port. Über die Ausgleichung der Knochendeformitäten.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

In einem Falle von hochgradiger rachitischer Verkrümmung des Unterschenkels eines Kindes, bei welchem im Laufe der Zeit eine sehr erhebliche Geradstreckung des Knochens allmählich eingetreten war, gab das Röntgenbild Aufschluß über die Art und Weise, wie die Geradstreckung vor sich geht. Das obere Ende des Knochens war mit einer Ecke abgesetzt und gerade gerichtet; unterhalb der Ecke bestand eine Krümmung, die auf der konkaven Seite der Diaphyse durch eine erhebliche Verdickung der Corticalis periostalen Ursprunges ausgefüllt war. Die Geradrichtung war also einerseits durch kompensierende Abweichung der Knochenlängsachse an der Epiphysengrenze infolge ungleichmäßiger Knochenbildung an dieser Stelle, andererseits durch die ausgleichende ungleichmäßige Tätigkeit des Periostes erfolgt. — Auf Grund dieser Feststellung wendet sich P. gegen J. Wolff's zu weitgehende Schlußfolgerungen seines Transformationsgesetzes und spricht sich dahin aus, daß neue statische Verhältnisse nur beim wachsenden Individuum auf den noch neu hinzuwachsenden Knochen, beim Erwachsenen nach einer Verletzung oder Entzündung auf den durch diesen Reiz neu sich bildenden Knochen einwirken können.

Kramer (Glogau).

40) O. G. Schieman. Zwei Fälle von subkutaner Talusverrenkung, operativ geheilt.

(Verhandlungen der Gesellschaft russ. Chirurgen in Moskau.)

(Beilage zur Chirurgie 1902. [Russisch.])

Im 1. Falle war der Talus um 90° um die vertikale Achse und ein wenig um die horizontale gedreht, das Lig. talo-naviculare und talo-calcaneum ext. zerrissen, das Lig. sinus tarsi intakt. Im 2. Falle war der Talus um die vertikale und um die horizontale Achse gedreht, das Lig. talo-naviculare, zum Teil auch das Lig. sinus tarsi zerrissen. Reposition, Heilung nach 10 resp. 7 Wochen.

Gückel (Kondal, Saratow).

41) **Keller** (Berlin). Zur Ätiologie angeborener Klumpfüße und Gelenkkontrakturen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LXVII. Hft. 2.)

K. schildert einen klassischen Fall von angeborenen Klumpfüßen mit begleitenden Ankylosen in beiden Hüftgelenken, welcher ohne Zweifel die Erklärung dieser Affektion als intra-uterine Belastungsdifformitäten sehr wahrscheinlich machen. Die Entstehung dieser abnormen Fixation der Extremitäten in der typischen intra-uterinen fötalen Haltung muß in diesem vorliegenden Falle auf die erste Hälfte des intra-uterinen Lebens und abnormen Fruchtwassermangel zurückgeführt werden. Die Wirkung des erhöhten Innendruckes, die noch nach der Geburt an den dauernden Druckschwielen (mikroskopisches Bild!) über den Epikondylen beider Humeri und über den Spinae scapulae zu erkennen war, äußerte sich so hochgradig in den geschilderten Hüftgelenksankylosen, daß auch eine im 6. Monate der Schwangerschaft auftretende Zunahme des Fruchtwassers (Hydramnion) trotz wiederhergestellter Bewegungsfreiheit der Frucht keinen Rückgang der Kontrakturen herbeiführte. Eine vorzügliche Tafel veranschaulicht die monströse Haltung der Frucht, welche gewissermaßen auf den engsten Raum zusammengepresst ist und die schwere Weichteilverletzung, welche in der Leistenbeuge bei dem Versuche der Extraktion am unteren Ende entstand.

Kroemer (Gießen).

42) **O. v. Wartburg.** Über das Mal perforant des Fußes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Aus der Züricher Klinik berichtet Verf. über 14 Fälle von bösartigem Fußgeschwür und zeigt an der Hand dieses Materiales, daß die Ätiologie dieser Erkrankung nach unseren bisherigen Kenntnissen durchaus keine einheitliche ist. 6 der Fälle stützten die Auffassung von der trophoneurotischen Natur des Leidens, 2mal war eine Arteriosklerose verantwortlich zu machen. Die übrigen 6 Fälle konnten weder zu der einen noch zu der anderen Gruppe gerechnet werden.

Blauel (Tübingen).

V. Internationaler Dermatologen-Kongreß.
Berlin 1904.

Für den vom 13. bis 17. September 1904 zu Berlin stattfindenden V. internationalen Dermatologen-Kongreß sind von Seiten des Organisationskomités folgende 3 Themata aufgestellt worden:

1) *Die syphilitischen Erkrankungen des Circulationsapparates.*
2) *Die Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien.*
3) *Die Epitheliome und ihre Behandlung.*

Der General-Sekretär
O. Rosenthal.

Notiz.

Ich bitte die Herren, welche die Sauerstoff-Chloroformnarkose angewendet haben, mir zur statistischen Verwertung die Anzahl der gemachten Narkosen und kurz die Erfahrungen mit derselben (Eintritt der Narkose, Atmung, Puls, Erbrechen in und nach der Narkose, Cyanose, Asphyxie, Dauer, Chloroformverbrauch etc.) freundlichst mitteilen zu wollen. *Dr.* ***Heinz Wohlgemuth,***
Berlin NW., Lessingstraße 37.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 13. **Sonnabend, den 28. März.** **1903.**

(Aus der chirurgischen Klinik des Prof. Dr. Wölfler in Prag.)

Gesichtsplastik mit Verschiebung der Gesichtshaut unter temporärer Aufklappung der weichen Nase[1].

Von

Prof. Dr. Hermann Schloffer,

Assistenten der Klinik.

Die direkte Vereinigung der Defektränder bietet bei Substanzverlusten im Gesicht, falls sie ohne entstellende Verziehung (Ektropium und dgl.) gelingt, sowohl in funktioneller als auch in kosmetischer Hinsicht gute Resultate, und es pflegt sich bekanntermaßen danach, das anfänglich erreichte Resultat im Laufe von Wochen und Monaten durch eine »Selbstdehnung« der zurückbleibenden und unter Spannung vereinigten Teile nicht unerheblich zu verbessern.

[1] Erscheint ausführlich in den »Beiträgen zur klinischen Chirurgie«.



An der Unterlippe greifen wir aus diesem Grunde auch dann noch gern zur direkten Vereinigung der Defektränder, wenn ausgedehnte Partien, die Hälfte oder zwei Drittel der Lippe verloren gegangen sind (Keilexzision). An der Oberlippe dagegen eignen sich im allgemeinen nur kleinere Defekte zur direkten Vereinigung und auch diese nur dann, wenn sie sich nicht auch auf die der Nase benachbarten Teile der Lippe oder gar der Wange erstrecken. Denn in Fällen der letzteren Art entstehen durch die direkte Vereinigung sehr entstellende Verziehungen der Nase, Lippe und Wange, welche nicht in Kauf genommen werden können. Zahlreiche Lappen-

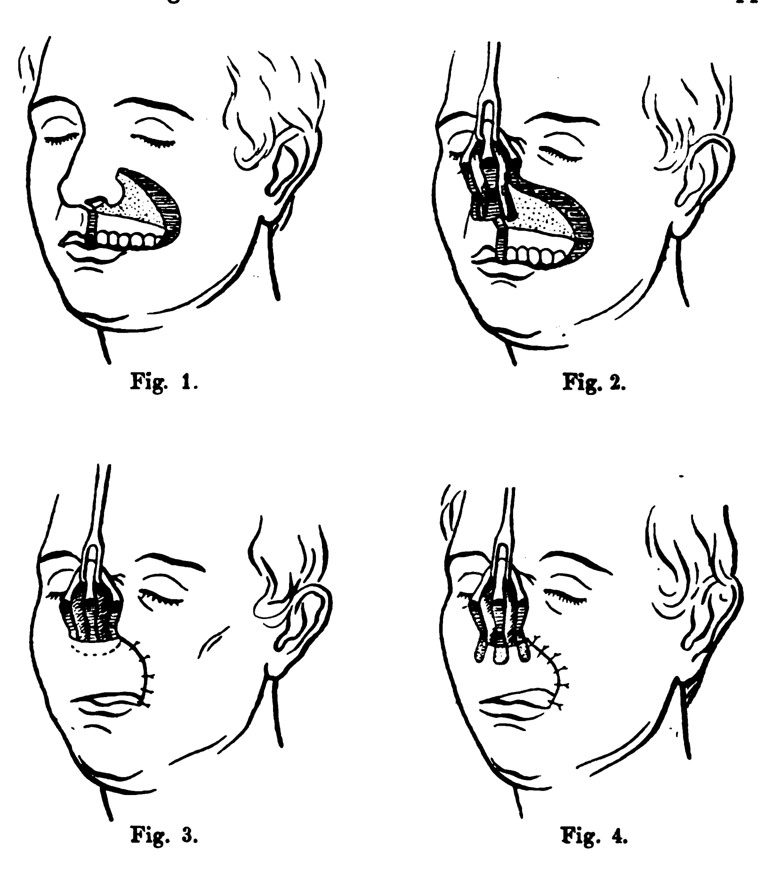


Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 3. Fig. 4.

methoden sind deshalb für Defekte an der Oberlippe an die Stelle der direkten Wundnaht gerückt. Bekanntlich dürfen aber plastische Lappen niemals unter erheblicher Spannung eingenäht werden, und so begeben sich alle diese Lappenmethoden des Vorteiles der allmählichen Dehnung der erhaltenen Reste der Lippe und der Aussicht auf eine dadurch bedingte Größenzunahme derselben.

Ich möchte nun im folgenden ein Verfahren beschreiben, das mir in 5 Fällen von recht ausgedehnten Defekten der Oberlippe

bezw. der Oberlippe und Wange die direkte Vereinigung gestattet hat, in Fällen, in denen wir ohne dieses Verfahren die Verwendung plastischer Lappen nicht hätten umgehen können.

Das Wesen des Verfahrens besteht darin, daß die erhaltenen Reste der Lippe und Wange durch eine temporäre Aufklappung der knorpeligen Nase in ihrer Verschieblichkeit von der Nase unabhängig und, sofern dies dann noch nötig ist, durch eine mehr oder weniger ausgiebige Ablösung von der Vorderfläche der Oberkiefer beweglicher gemacht werden. Die Methode wird in der Weise geübt, daß nach Exzision des Erkrankten zunächst die Nasenflügel durch Schnitte, die genau in der Nasen-Wangenfurche beginnen und von dort gegen die inneren Augenwinkel zielen (s. Fig. 5) und dann auch das Septum nasi durch einen in derselben Ebene verlaufenden Schnitt von ihrer Unterlage abgetrennt werden. Ist die Nase dadurch so weit beweglich geworden, daß sie gut emporgeklappt werden kann (Fig. 2), so werden nun die Defektränder mit den angrenzenden Partien der Lippe und Wange in ziemlicher Ausdehnung von der Vorderfläche der Oberkiefer, event. auch der Jochbeine abpräpariert, dann einander genähert und durch direkte Naht vereinigt (Fig. 3). Läßt man nun die Nase wieder herunterfallen, so kommen die Wundflächen an den Nasenflügeln und am Septum natürlich auf andere Stellen der Lippen- bezw. Wangenhaut zu liegen als früher. Um sie nun wieder zu befestigen, müssen zuerst entsprechende Anfrischungen an der verschobenen Gesichtshaut gemacht (Fig. 4) und hernach die Nase auf diese Anfrischungsstellen festgenäht werden (Fig. 5).



Fig. 5.

Die Methode eignet sich in erster Linie zum Verschlusse von Defekten, welche die eine Oberlippenhälfte (event. zwei Drittel der Lippe) und die angrenzenden Teile der Wange betreffen. Sie kann natürlich mit den verschiedensten anderen Methoden der Gesichtsplastik kombiniert werden und dann auch bei der Deckung großer Wangendefekte vorteilhaft Verwendung finden. In einem Falle konnte ich durch Kombination mit der Bildung eines Visierlappens zum Ersatze der Unterlippe und der dieser angrenzenden Wangenteile einen großen derartigen Defekt schließen, der sonst hätte durch eine Meloplastik mittels gedoppelter Lappen behandelt werden müssen. Auch isolierte Wangendefekte können durch diese geschlossen werden, und ebenso kann dieselbe bei großen Defekten in der Mitte der Oberlippe Verwendung finden. Meines Erachtens würde die temporäre Aufklappung der knorpeligen Nase auch bei der Operation schwerer Hasenscharten gelegentlich gute Dienste leisten können. Ich halte die Methode für sehr leistungsfähig und deshalb für empfehlenswert.

1) **L. Königsberger.** Hermann v. Helmholtz. I. Band. Braunschweig, **Friedr. Vieweg & Sohn,** 1902. XI u. 375 S., 3 Bildnisse.

Im vorliegenden Buch, dessen zweite, abschließende Hälfte in kurzem erscheinen soll, ist es dem Verf. gelungen, in ebenso ansprechender wie belehrender Weise den Lebensgang des genialsten deutschen Naturforschers der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts darzustellen, des Mannes, der ebensowohl die Physiologie wie die praktische Medizin gefördert, der der Physik neue Wege gewiesen, der zu den größten Mathematikern seiner Zeit gehört, der im Gebiete der Philosophie die Erkenntnistheorie auf neuen Grundlagen aufgebaut, der endlich schon als junger Mann gleichzeitig mit Robert Mayer, aber unabhängig von ihm, durch seine Arbeit über die Erhaltung der Kraft ein allumfassendes Prinzip der Naturforschung aufgestellt hat, das sich schnell die Anerkennung seines allgültigen Wertes zu erringen vermochte.

Der vorliegende erste Band verfolgt zunächst Schritt für Schritt die Entwicklung des Knaben in dem hochgebildeten Hause seiner Eltern; der Vater war Gymnasialprofessor in Potsdam und als solcher auch der Lehrer seines Sohnes, übrigens bis an sein Lebensende ein enthusiastischer Verehrer und Mitarbeiter auf dem Gebiete der Philosophie, auf dem er mit dem Sohn nicht immer zusammenstimmte. Dann begleiten wir an des Verf. Hand den schnell sich entwickelnden Jüngling durch seine Studentenjahre und den frühreifen Mann durch die drei ersten Lustren seiner Lehrzeit bis zu dem Jahre 1861, das insofern einen Abschnitt in seinem Leben bildet, als er in ihm die Ehe mit seiner zweiten Gattin — Anna v. Mohl — einging, einer Frau, die in jeder Beziehung seinem Bedürfnis entsprach und deren Urteil ihm stets eine Autorität gewesen, wie uns ein Brief der Schwester von Helmholtz erster Frau versichert, mit dem das Buch abschließt.

Schon früh offenbarten sich bei Helmholtz ebensowohl seine großen und vielseitigen Naturanlagen, wie der das wahre Genie kennzeichnende Fleiß, der, nicht rastend, die Fülle des Wissens in sich aufnimmt und ordnet, um nun mit ebenso weitem wie tiefem Blick die großen Probleme zu lösen, die für den beschränkteren Geist unerforschlich bleiben. Schon auf dem Gymnasium, das er, kaum 17 Jahre alt, mit trefflichstem Zeugnis verließ, hatte er neben den vorgeschriebenen Sprachstudien auch noch englisch und italienisch, hebräisch, ja arabisch getrieben, sich aber vor allem sehr gründlich und über das erforderliche Maß mit Mathematik und Physik beschäftigt und daneben doch noch Zeit gefunden, sich auch in Musik auszubilden. Solche selbständigen Arbeiten wurden auch nicht aufgegeben, als sich der Zögling des Friedrich-Wilhelms-Institutes dem Studium der Medizin widmete, wobei er bald von den geistreichen Vorlesungen Johannes Müller's angezogen wurde und Gelegenheit fand, ihm näher zu treten. Bei ihm lernte er auch seine Studiengenossen du Bois und Brücke kennen, und schnell

schloß ein enger Freundschaftsbund die Gleichstrebenden aneinander, deren jeder für sich und doch im gemeinschaftlichen Austausch wissenschaftliche Probleme selbständig zu bearbeiten begann. Schon in seiner Dissertation bewährte sich das genaue Forscherauge von Helmholtz; bewies er in ihr doch den bis dahin ungekannten Ursprung der Nervenfasern aus den Ganglienzellen.

Die nun folgenden Potsdamer Jahre ließen dem jungen Militärarzt genügende Zeit zu Eigenforschungen in dem Gebiete der Physiologie, besonders über Fragen zur tierischen Wärme. Schon früh aber, und allmählich mehr und mehr beherrschte sein ganzes Denken die Frage von der »Konstanz der Kraft«, bis er sich im Juli 1847 imstande sah, seine Ansichten darüber in einem in der Berliner physikalischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag öffentlich auszusprechen. Das Manuskript dieser ganz hervorragenden Arbeit, betitelt »Über die Erhaltung der Kraft«, erhielt nicht die Aufnahme in Poggendorf's Annalen, auch traf sie, als sie selbständig erschien, zunächst noch auf vielseitigen Widerstand, hat sich dann aber doch verhältnismäßig rasch jene beherrschende Stellung erobert, die sie in der Physik und Biologie zur Zeit allerorten einnimmt.

All diese Untersuchungen wurden bei dem Mangel eines Institutes und feinerer Instrumente unter den schwierigsten Außenverhältnissen vorgenommen, bis es dem 27jährigen glückte, die Stelle des Lehrers der Anatomie an der Berliner Kunstakademie und eines Gehilfen der anatomisch-zootomischen Sammlung in Berlin und schon $^1/_2$ Jahr später auf Empfehlung Joh. Müller's ein Extraordinariat fur Physiologie und allgemeine Pathologie in Königsberg zu erlangen. Hier entstanden u. a. die Arbeiten über die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Nervenreizung, hier wurde — ein Intermezzo in den theoretischen Forschungen — der nicht allein die Ophthalmologie, nein die gesamte medizinische Wissenschaft so wunderbar fördernde Augenspiegel konstruiert, hier von dem bald zum Ordinarius ernannten Gelehrten das Gebiet der physiologischen Optik beschritten, auf dem er in den nächsten Jahren so Großes leisten sollte, und schon manches jener tiefen mathematischen Probleme behandelt, die zu beurteilen Ref. außer Stande ist. Und mit welchen einfachsten Apparaten mußte er sich bei solchen Forschungen bei dem geringen Etat seines Institutes behelfen! »Aus den Garnröllchen seiner Frau und den Bausteinen seiner Kinder, aus Wachsstockendchen und Schnürchen konstruierte er sich selbst die kleinen Apparate für seine optischen Versuche.«

Mit den Apparaten sah es nicht besser in Bonn aus, wohin Helmholtz 1855 als Professor der Physiologie und Anatomie versetzt wurde; aber hier las er doch gleich im ersten Semester vor 45 Zuhörern; in Königsberg waren es 8 gewesen. Hier erschien bald die erste Lieferung der physiologischen Optik, während sich ihr Verf. gleichzeitig schon eingehend mit Akustik beschäftigte, die Grundlage zur »Lehre von den Tonempfindungen« legend, dem

Buch, das später der physiologischen Optik gleichwertig an die Seite trat.

Wieder nach 2 Jahren empfiehlt die Heidelberger medizinische Fakultät einzig Helmholtz für den Lehrstuhl der Physiologie allein mit Ausschluß der Anatomie. Er wäre gern in Bonn geblieben; aber die preußische Regierung hielt ihn nicht, trotz der Fürsprache des Prinzen v. Preußen, und so gewann Baden neben Bunsen und Kirchhoff auch Helmholtz, die nun der Universität am Neckar eine Zeit des Glanzes schufen, »wie sie selten für eine Universität da war und nicht leicht wiederkehren wird«. Dem Studium der Gefühls- und den Tonempfindungen widmete Helmholtz hier seine ganze Aufmerksamkeit und stieg dabei bei der Lösung einiger Fragen — z. B. über die Theorie der Luftschwingungen in Röhren mit offenen Enden — in Höhen der mathematischen Forschung, wohin dem gewöhnlichen Sterblichen zu folgen nicht gegeben ist.

Haben wir so bis zu dem Zeitpunkt, mit welchem dieser erste Band der Biographie abschließt, kurz die hauptsächlichsten wissenschaftlichen Arbeiten erwähnt, die K. mit tiefem Verständnis in ihrem Werden und ihren Resultaten genau behandelt, so bleibt uns nur noch übrig hervorzuheben, daß der Autor dem Menschen Helmholtz mit gleicher Liebe gerecht wird wie dem Gelehrten und Forscher. Das Leben im Elternhause und den regen brieflichen Austausch mit dem Vater bis zu dessen Tode, den innigen Verkehr mit seinen Freunden im In- und Auslande, Glück und Unglück in der eigenen Familie, die Freude an allen edlen literarischen und Kunstbestrebungen wie an der schönen Natur, das alles lernen wir nicht nur aus den Darstellungen des Biographen kennen, sondern auch aus den zahlreich eingefügten Briefen von und an Helmholtz, durch die uns Schreiber und Empfänger besonders nahe treten.

Indem wir noch auf die vornehme Ausstattung des Buches, auf die dasselbe schmückenden drei Bildnisse und auf das mitgegebene Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten von Helmholtz hinweisen, wünschen wir der Biographie dieses Heroen der Wissenschaft eine große Zahl von Lesern. **Richter** (Breslau).

---

2) **J. A. Blake** (New York). The surgical aspects of the status lymphaticus.

(Annals of surgery 1902. Juni.)

B. berichtet über 7 Todesfälle infolge von Status lymphaticus, welche er innerhalb eines Zeitraumes von wenig mehr als einem Jahre beobachtet hat. 4. Pat. starben während oder unmittelbar nach einer Narkose, die drei anderen unter dem Bilde der Herz- und Atmungslähmung.

Verf. vertritt die Ansicht, daß zwar Fälle vorkommen, in denen die vergrößerte Thymus eine Kompression der Luftröhre und dadurch Dyspnoë oder gar Erstickung herbeiführen kann, daß aber die Hyper-

plasie der Thymus meist nur eine Teilerscheinung des »Status lymphaticus« und an diesem der gesamte Lymphapparat des Körpers beteiligt sei. Die hierauf zurückzuführenden Todesfälle stellen sich als Fälle von Herz- oder Atmungslähmung dar, gewöhnlich unter dem Einfluß einer äußeren Schädlichkeit, die von gesunden Individuen leicht ertragen zu werden pflegt. Hierhin gehört in erster Linie die Narkose. Ob die Chloroform- oder Äthernarkose gefährlicher sei, hält B. bei nicht genügendem Beobachtungsmaterial für fraglich. Aber auch andere äußere Schädlichkeiten können derartigen Kranken leicht verderblich werden.

Die Diagnose des Status lymphaticus am Lebenden ist außerordentlich schwer, ja meist unmöglich, so daß Narkosentodesfälle wegen Status lymphaticus zur Zeit kaum zu vermeiden sein werden.

Verf. rät zu genauer Untersuchung des Nasen-Rachenraumes und der oberflächlichen Lymphdrüsen. Hier und da sind auch vergrößerte Gekrösdrüsen zu fühlen. Die Blutuntersuchung bietet leider keinen sicheren Anhaltspunkt für die Diagnose.

Besteht der Verdacht auf Status lymphaticus (bei Kindern früher beobachteter Laryngismus, Rachitis, Vergrößerung der Schilddrüse, bei Erwachsenen häufige Ohnmachten), so rät B. von Anwendung der Narkose ab.

Seefisch (Berlin).

---

3) **H. v. Ranke.** Altes und Neues zur pathologischen Anatomie des nomatösen Brandes.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

Verf. bringt zur Erläuterung der bei Noma von ihm beobachteten Kernveränderungen eine Reihe von Abbildungen und berichtet im weiteren, daß auch er in einem jüngst untersuchten Falle die von Perthes und Seiffert in nomatösem Gewebe nachgewiesenen Streptothrixfäden gefunden habe, welche in großer Mächtigkeit, wie ein Fasergestrüpp, das Gewebe ersetzen und in das gesunde auswuchern, um dessen Zellen zu umspinnen und ihren Tod zu verursachen. Ein der Noma verwandter Prozeß von Gewebsnekrose kommt bei einer Reihe unserer Haustiere vor und wird durch einen gleichfalls anaëroben fadenförmigen Pilz, den Nekrosebazillus, der mit dem Streptothrix der menschlichen Noma identisch zu sein scheint, hervorgerufen.

Kramer (Glogau).

---

4) **Kühn.** Zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytenwerte bei Typhus abdominalis und bei chirurgischen Eiterungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 49 u. 50.)

Das Gesamtergebnis der von K. aus der Rostocker medizinischen Universitäts-Klinik verwerteten Beobachtungen ist, daß die Leukocytenzählung auch für nicht perityphlitische Eiterungen, für chirurgi-

sche Erkrankungen und Entzündungen der verschiedensten Art einen nicht zu unterschätzenden diagnostischen Wert besitzt. Nur muß im Auge behalten werden, daß schwere septische Prozesse oder Allgemeininfektionen normale oder subnormale Leukocytenzahlen aufweisen können, ferner, daß die Hyperleukocytose bei chronischen entzündlichen Prozessen weniger ausgeprägt ist und schließlich, daß sie bei vollentwickeltem und namentlich bei abgekapseltem Abszeß schon wieder verschwunden sein kann. **Kramer** (Glogau).

---

5) **Coste.** Über das Verhalten der Leukocyten bei Appendicitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 49.)

C.'s Untersuchungen an 29 Appendicitisfällen des Straßburger Garnisonlazaretts ergaben folgendes: Bleibt bei einer akuten Appendicitis die Zahl der Leukocyten normal oder steigt sie nur vorübergehend zu unbeträchtlicher Höhe, so handelt es sich um einen auf den Wurmfortsatz beschränkten Krankheitsprozeß oder ein seröses Exsudat, und der Verlauf ist meist ein leichter. Zu beachten bleibt indes, daß bei einer auf die Appendix beschränkten Erkrankung jederzeit durch Perforation eines Kotsteines eine eitrige Peritonitis eintreten kann — ein Ereignis, das sich naturgemäß nicht durch Leukocytose, sondern durch Zunahme der Schwere der Symptome ankündigt. Steigt die Zahl der Leukocyten über 22000, so kann man mit Sicherheit auf einen Abszeß rechnen. Bei eitriger Peritonitis steigt die Leukocytenzahl nur dann, wenn der Organismus noch genügende Widerstandskraft gegen die Infektion besitzt. Ein plötzliches Sinken der anfangs stark vermehrten Leukocytenzahl ist prognostisch ein schlechtes Zeichen. **Kramer** (Glogau).

---

6) **M. Wassermann.** Ein weiterer Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytose bei Appendicitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat schon in einer früheren Arbeit auf die Wichtigkeit der von Curschmann empfohlenen Berücksichtigung der Leukocytose bei eitrigen Fällen von Appendicitis aufmerksam gemacht und betont nochmals, daß die Vermehrung der weißen Blutkörperchen imstande ist, die Wahl der Therapie wesentlich zu untersützen.

Wichtig ist besonders der Umstand, daß unabhängig von sonstigen Symptomen, d. h. bei Fehlen von Temperaturerhöhungen, vermehrter Pulsfrequenz, Schmerzen etc., allein die Vermehrung der Leukocyten eine Eiterung und lebensgefährdende Komplikation anzuzeigen imstande ist. W. schildert einen solchen Fall, wo allein auf dies Symptom hin trotz günstigster Allgemeinerscheinungen operiert wurde und man im Bauch auf sehr weitgehende und schwer-

wiegende Veränderungen traf. Schematisch soll natürlich auch dieses neuere und wichtige Symptom nicht angewendet werden; denn einerseits gibt es Fälle mit Hyperleukocytose, bei denen nach Lage des klinischen Verlaufes sicher ohne Eingriff auf Heilung zu rechnen ist, und manchmal fehlt die Leukocytenvermehrung, wo die übrigen Krankheitserscheinungen zur chirurgischen Therapie drängen. So namentlich bei sehr schwer kranken und geschwächten Individuen, deren Organismus schon wenig reaktionsfähig mehr ist, ferner bei chronischem Verlauf des Leidens und allseitiger schwartiger Abkapselung des Eiterherdes. Im ganzen gilt dem Verf. das Leukocytenphänomen als ein wichtiges Symptom.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

7) **M. J. Rostowzew.** Die Lehre von der Perityphlitis.

Diss., St. Petersburg, 1902. (Beilage zum Wojenno-med. Journal.) (Russisch.)

Die Arbeit ist eine erschöpfende Darstellung der Frage an der Hand der Literatur (3500 Nummern, darunter 100 russische) und der Fälle des Petersburger Obuchowhospitals (163 Fälle). Der erste Teil zerfällt in zwei Abschnitte: Geschichte, Embryologie, vergleichende Anatomie, Anatomie, pathologische Anatomie, Ätiologie und Bakteriologie werden im ersten Abschnitt — 213 Seiten — behandelt, klinische Einteilung, Symptomatologie, Diagnose und Differentialdiagnose, klinischer Verlauf, Komplikationen, Prognose, Behandlung, rezidivierende Perityphlitis auf 368 Seiten im zweiten Abschnitt. Der zweite Teil bringt eine Tabelle der anatomischen Lage des Blinddarmes und Wurmfortsatzes in 99 Fällen, eine Tabelle der Größe und des Zustandes der Appendix in 283 Fällen, Tabellen und Krankengeschichten der beobachteten 113 Fälle, endlich auf 163 Seiten das Literaturverzeichnis. Die ganze Arbeit umfaßt 1037 Seiten.

Aus dem reichen Inhalt sei hier folgendes hervorgehoben. Unter 99 Fällen lag die Appendix 6mal in der Fossa ileo-coecalis, 23mal frei in der Bauchhöhle medial vom Blinddarm, 21mal im kleinen Becken, 31mal hinter dem Blinddarm, 5mal links in der Bauchhöhle, 5mal in der Bauchhöhle über der Fossa ileo-coecalis (bei unregelmäßiger Lage des Blinddarmes), endlich 8mal extraperitoneal. — Inhalt des Wurmfortsatzes in 278 Fällen († 5 nicht angegeben): leer 15mal, Schleim 87mal, Eiter 14mal, blutiger Schleim 6mal, Kot 64mal, Kotsteine 22mal, Fremdkörper 27mal; in 43 Fällen war die Lichtung verödet.

Über die Beziehung der Darmwürmer zur Perityphlitis s. Referat in diesem Blatte 1903 Nr. 1. — 36 Wurmfortsätze wurden bei der Operation oder bei der Sektion untersucht, davon waren 33 perforiert oder gangränös (einmal Gangrän der äußeren Schichten bei gesunder Schleimhaut), 3 nicht perforirt. R. sah keine besondere Prädisposition Tuberkulöser zu Perityphlitis. Er führt zwei Fälle von tuberkulöser Typhlitis (Sektion) an, ferner zwei Fälle tuberkulöser Ge-

schwüre im Wurmfortsatz unter 33 tuberkulösen Individuen. Perforation eines typhösen Geschwürs in Wurmfortsatz wurde im Hospital nur einmal gesehen. — Klinisch bevorzugt R. eine Einteilung in drei Gruppen: leichte Fälle, wo nur der Fortsatz befallen ist (etwa katarrhalische Appendicitis); zweite Gruppe mit umschriebener Peritonitis; endlich die Fälle mit diffuser Peritonitis. In differentiell-diagnostischer Beziehung sind folgende Fälle interessant: Perityphlitis und gleichzeitig Wanderniere rechts; Senkungsabszeß, eine Appendicitis simulierend; rechtseitige Pleuritis, anfänglich unter Appendicitissymptomen verlaufend, ebenso ein Fall von Abdominaltyphus; Blutung und Vereiterung einer Gekrösdrüse bei Abdominaltyphus (in diesem Blatte 1902 p. 1097 referiert). Die Beziehungen der Perityphlitis zum weiblichen Genitale sind schon früher veröffentlicht und im Zentralblatt 1902 p. 824 und 829 besprochen worden. — R. beobachtete folgende erwähnenswerte Komplikationen bei Appendicitis: Phlegmone der Bauchwand 3mal, Perforation in die linke Lunge 1mal (†), Leberabszesse 2mal, Pneumonie und Lungeninfarkte 15mal, Parotitis 2mal, Ileussymptome infolge Torsion des Darmes 2mal, infolge Verklebungen zwischen Kolon ascendens und Blinddarm 1mal. Prognose: in Behandlung kamen meist schwerere Fälle, dabei in späteren Stadien. Von 163 starben 28 = 17,2%; von 140 Fällen begrenzter Perityphlitis starben 5 = 3,8%. Von 89 konservativ Behandelten starben 10 = 11,2%, von 74 Operierten 18 = 24,3%. 10 nicht operierte Fälle von diffuser Peritonitis endeten alle tödlich, von 16 Operierten wurden nur 3 geheilt. — Die Therapie muß abwartend, konservativ sein, aber dem Chirurgen überwiesen werden. Ruhe, strenge Diät, Opium als schmerzstillendes Mittel, Eis, später feuchtwarme Umschläge, keine Abführmittel im Anfang. R. spricht sich gegen die Frühoperation aus. Der Wurmfortsatz braucht nicht um jeden Preis entfernt zu werden. Bei Peritonitis ist Erfolg hauptsächlich bei der fibrinös-eitrigen Form, selten bei der putrideitrigen zu erwarten. Zu empfehlen ist Tamponade der Bauchhöhle mit aseptischer Gaze zur Abgrenzung des gesunden Peritoneums und zur Ableitung des Eiters nach außen. 18mal wurde unter dem Schutz solcher Tampons der Abszeß von der freien Bauchhöhle aus eröffnet, wobei in keinem Falle Peritonitis auftrat. — Was die rezidivierende Perityphlitis betrifft, so sah R. unter seinen Fällen 19mal Wiederholung der Anfälle; von den 28 Gestorbenen hatten 6 auch früher Anfälle gehabt.

Zahlreiche Illustrationen erläutern die wichtigeren pathologisch-anatomischen Befunde, ebenso eine kolorierte Tafel.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

8) **F. Majewski.** Ein Beitrag zur Behandlung der Streptokokkenperitonitis durch spezifisches Serum und indifferente Mittel.

(Przegląd lekarski 1902. Nr. 49.)

Verf. war bemüht, auf experimentellem Wege die Frage zu lösen, ob und inwiefern es möglich wäre, durch Applikation von Serum und indifferenten Mitteln das Entstehen einer Peritonitis trotz Infektion zu verhindern bezw. die bereits entstandene Bauchfellentzündung zur Heilung zu bringen. Vorläufig beschränken sich die in großem Rahmen angelegten Versuche des Verf. bloß auf Streptokokkenperitonitis. Die Versuche wurden an Kaninchen in 3 Serien unternommen. In der ersten Serie wurde dem Organismus zuerst Antistreptokokkenserum bezw. sterile Bouillon einverleibt, worauf erst die Infektion erfolgte, in der zweiten Serie erfolgten Infektion und Immunisierungsversuch gleichzeitig, in der dritten wurde das Serum erst nach erfolgter Infektion appliziert. Die sehr interessanten Resultate dieser Versuche lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1) Durch Einführung von 0,00006 ccm einer Streptokokkenbouillonkultur in die Bauchhöhle wurde eine in 36 Stunden tödlich verlaufende Peritonitis ausgelöst.

2) 24 Stunden vor erfolgter Infektion appliziertes Serum (2 ccm intraabdominal, bezw. 4 ccm subkutan) verhindert den Ausbruch der Folgen der Infektion.

3) 2 ccm sterile Bouillon ebenfalls 24 Stunden vor erfolgter Infektion injiziert, verhindern ebenfalls den Ausbruch derselben.

4) Wurde die Streptokokkenkultur zugleich mit dem Serum injiziert, so war bloß ein geringgradiges, vorübergehendes Unwohlsein der Versuchstiere ohne weitere Folgen zu konstatieren.

5) Ging die Infektion voraus, so konnten die Tiere durch Seruminjektion nach 8—10 Stunden noch gerettet werden, während eine Injektion nach 24 Stunden ohne Erfolg geblieben war.

Trzebicky (Krakau).

---

9) **Maydl** (Prag). Weitere Beiträge zur Indikationsstellung der Jejunostomie.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 1 u. 2.)

Verf. empfiehlt nochmals nachdrücklich die Jejunostomie, der er auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen einen immer breiteren Raum in der Chirurgie einräumen möchte. Er unterscheidet folgende Indikationen. 1) Karzinom, insbesondere radikal nicht operable Fälle, bei denen eine hochgradige Schrumpfung resp. ausgedehnte Erkrankung des Magens eine Gastroenterostomie bezw. Gastrostomie unausführbar macht. 2) Ulcus pepticum duodeni et ventriculi, sowohl bei vielfacher Narbenbildung, wie auch bei narbiger Pylorusstriktur. Bei floridem Magengeschwür, wenn Gefahr der Perforation oder Blutung vorliegt, und wenn daher die völlige motorische und

chemische Ausschaltung des Magens wünschenswert erscheint. 3) Verletzungen, besonders chemische mit ihren Folgeerscheinungen, besonders auch frische Verätzungsfälle. 4) Die Pylorusstenose der Säuglinge, insbesondere Pylorospasmus, namentlich wenn schnelle Hilfe notwendig ist.

Die Vorteile der Jejunostomie sind die schnelle, gefahrlose Ausführung, namentlich unter Schleich'scher Anästhesie und mit Murphyknopf; sie kann daher in schweren Fällen wenigstens einer späteren, radikaleren Operation zweckmäßigerweise vorausgeschickt werden. Der spätere Verschluß der Fistel ist ein außerordentlich einfacher, die Funktion der Fistel stets gut. Die absolute Ausschaltung des Magens schafft günstige Bedingungen zur Ausheilung der Krankheitsprozesse und nimmt auch bei Karzinomen die entzündlichen Begleiterscheinungen fort. Dadurch ist sie besonders der Gastroenterostomie überlegen. Eine teilweise Benutzung der alten Speisewege bleibt möglich, und dadurch kann jederzeit der Versuch gemacht werden, den Magen wieder langsam an Speisen zu gewöhnen.

Eine Anzahl beigegebener Krankengeschichten illustriert das Gesagte. Aus M.'s Statistik geht hervor, daß in seiner Klinik im ganzen 47 Fälle mit Jejunostomie behandelt sind, wovon 10 tödlich endeten = 21,2% Sterblichkeit. Die von ihm persönlich operierten 32 Fälle ergaben nur 5 Todesfälle = 15,6% Sterblichkeit.

Schmieden (Bonn).

---

10) **Pal.** Zur Erklärung der Darmwirkung des Atropin mit Rücksicht auf dessen Anwendung beim Ileus.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 47.)

Nach den von P. erhaltenen Ergebnissen einer an Hunden ausgeführten Versuchsreihe schädigt das Atropin in der Regel die Nervenendapparate des Vagus, sowie des Splanchnicus und lähmt sie unter Umständen völlig; dagegen bleiben die Muskeln und die der Peristaltik dienenden Ganglienapparate der Darmwand erregbar. Der Tonus der letzteren wird sichtlich, wenn auch meist nur vorübergehend, herabgesetzt, gleichzeitig aber der Darm der Einwirkung hemmender, reflektorischer Reize weniger zugänglich, und damit werden in Fällen, in denen solche vorhanden sind, günstigere Bedingungen für die Bewegungen des Darmes geschaffen. Minimale Morphingaben üben, selbst nach großen Atropindosen, einen lebhaft erregenden Einfluß auf die Darmganglien aus. — Hiernach kann das Atropin nur für Fälle in Betracht kommen, in denen die Ausschaltung bestimmter Ganglienapparate des Darmes von Nutzen wäre, wo die Ileuserscheinungen nur von symptomatischer Bedeutung sind und nicht das Wesentliche der Krankheit ausmachen. Da dies festzustellen oft sehr schwierig ist, das ganze Krankheitsbild durch die Atropinwirkung leicht getrübt wird, entsteht die Gefahr, daß der richtige Zeitpunkt für einen etwa notwendigen operativen Eingriff übersehen wird.

Kramer (Glogau).



11) **Baldassari** und **Gardini** (Ferrara). Experimenteller Beitrag zur Behandlung der Perforationen und Zerreißungen der Gallenblase.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 49.)

Verff. haben an Hunden experimentell gesetzte Defekte der Gallenblasenwand anstatt mit einem Netzstück durch einen der Bauchwand nahe dem Laparotomieschnitt entnommenen ungestielten Serosa-Muskellappen verschlossen, derart, daß die Serosa nach außen gekehrt, mittels Sero-Serosanähte fixiert wurde. Der Lappen heilte in allen Fällen ein und verwuchs nach längerer Zeit mit der Leber aufs innigste. Die Indikationen für die Anwendung der Serosa-Muskeltransplantation in der Chirurgie der Gallenblase ergaben sich im Gefolge von Traumen (Verletzungen bei abdominalen Operationen etc.) oder von pathologischen Perforationen; besonders für den Verschluß von Gallenblasenfisteln infolge von Ulcerationen oder Operationen würde die Methode von Wert sein. **Kramer** (Glogau).

---

12) **W. Körte.** Über die Operation der Cholecystitis acuta infectiosa im akuten Stadium.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1. u. 2.)

Aus dem Bilde der eitrigen Cholecystitis hebt sich eine Gruppe von Fällen besonders hervor, die man wegen des schweren Verlaufes als Cholecystitis acutissima bezeichnen kann. Durch Nekrose oder Phlegmone der Gallenblasenwand und durch septische Allgemeininfektion ist bei derartigen Kranken das Leben bedroht. Die ganze Erkrankungsform hat viel Ähnlichkeit mit dem akuten Empyem des Wurmfortsatzes. Die Analogie erstreckt sich auch auf die Behandlung, welche beim Empyem des Wurmfortsatzes wie bei dem der Gallenblase in der Operation bestehen soll, weil wir die gefährlichen Folgen, besonders die Perforationsperitonitis und das Entstehen von Lebereiterung, durch innere Mittel nicht beherrschen. Unter 136 Operationen wegen eitriger Entzündung der Gallenblase oder ihrer Gänge hat K. 18mal im akuten Entzündungsstadium eingreifen müssen. Der Beginn der Erkrankung war in der Regel ein sehr plötzlicher mit Fieber, Frost und starker Störung des Allgemeinbefindens. Vielfach war das Gallensteinleiden bis zum Ausbruch der akuten Cholecystitis latent geblieben. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen bei den meisten Pat. die peritonealen Reizerscheinungen. Die peritonitische Lähmung ließ bei einigen Kranken mit undeutlicher Anamnese an Darmverschluß denken. Einige Male bestand entzündlicher Erguß, öfters begrenzte Entzündung im Bauchfellraum. Bei mehreren Kranken war die drohende Perforation der Gallenblase durch Verwachsung verlegt. In anderen Fällen gaben schwere septische Allgemeinerscheinungen Anlaß zu chirurgischen Eingreifen. Der Hergang des Krankheitsprozesses war wohl meist

der, daß der Cysticus verschlossen, der Ausgang der Gallenblase verlegt und eine Infektion ihres Inhaltes gefolgt war. Eine Spontanheilung ist in Fällen der geschilderten Art unwahrscheinlich und jedenfalls mit schweren Gefahren verbunden. Durch die Operation im akuten Stadium sind von den 18 Fällen des Verf. 15 geheilt worden, 3 starben. In keinem Falle ist durch den Eingriff eine Infektion der Bauchhöhle veranlaßt worden. Das am meisten zu empfehlende Verfahren ist die Cystektomie, weil dabei der ganze Infektionsherd entfernt, die beginnende Lebereiterung freigelegt wird und die Gefahr des Zurücklassens von Steinen eine geringere ist. Jedenfalls berechtigen die eigenen Erfahrungen den Verf., bei dieser akuten infektiösen Cholecystitis dringend zum Eingreifen auf der Höhe der Krankheitserscheinungen zu raten.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

13) **E. Berger.** Die Hepaticusdrainage.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1. u. 2.)

B. will in einer Arbeit aus der Kehr'schen Privatklinik zeigen, was bei einem Material von 97 Fällen die Hepaticusdrainage bei Gallensteinoperationen geleistet hat. Die Choledochotomie mit nachfolgender Verschließung der Choledochuswunde durch die Naht hat zwei sehr große Nachteile: leicht kommt durch ein zurückgelassenes Steinchen oder durch einen Blutpfropf der Verschluß der Nahtstelle zustande, so daß eine infektiöse Cholangitis das Leben der Kranken bedroht; und dann ist bei dieser Methode das Übersehen von Steinen sehr wahrscheinlich, sind häufiger Rezidive zu erwarten. Beide Unannehmlichkeiten vermeidet die Hepaticusdrainage durch ein in den Choledochus und Hepaticus eingeführtes und durch Naht fixiertes Rohr. Sie leitet die Galle nach außen und hält auf lange Zeit die Gallengangswunde für den Abgang übersehener Konkremente offen, den man durch geeignete Nachbehandlung mit Spülkatheter, Sonden und Kornzangen befördern kann; die längere Behandlungsdauer ist dabei nicht zu berücksichtigen. Auch die Möglichkeit einer Verletzung und Blutung durch das Rohr bei cholämischen Pat. ist mehr theoretisch als praktisch in Betracht kommend, wie auch Verengerungen durch die Drainage nicht zu befürchten sind.

Die Choledocholithiasis ist sehr häufig schwierig zu diagnostizieren. Ikterus und Leberschwellung können fehlen, am ehesten weisen noch Schüttelfröste, Fieber und vorübergehender acholischer Stuhl auf die Anwesenheit von Choledochussteinen hin. Wo ein solcher Verdacht besteht, soll man den Choledochus inzidieren, falls keine wesentliche Erhöhung der Operationsgefahr dadurch herbeigeführt wird. In jedem Falle ist aber die Hepaticusdrainage anzuschließen, ob man Steine fand oder nicht, zumal ein einmaliges Sondieren der tiefen Gallengänge keine genügende Sicherheit für ihre Steinfreiheit gibt. Eine vitale Indikation erfüllt die Hepaticusdrainage bei Cholangitis. Vorsichtshalber ist sie auch bei einer

leichten Infektion der Gallenwege, kenntlich an der Trübung der Galle, anzuwenden.

Eingehender beschäftigt sich Verf. mit der von Hirschberg empfohlenen Leber-Gallengangsfistel zur Bekämpfung der Cholangitis. Er glaubt, daß dieselbe Erleichterung bringen könne; sie wird nach seiner Ansicht aber die Infektion nur in leichten Fällen erlöschen machen und bewahrt nicht vor der Gefahr eines Rezidives. In schweren Fällen besteht trotz gut funktionierender Fistel die Infektion fort. Da bei dem Verschluß derselben sofort schwere Erscheinungen von Cholangitis zu erwarten sind, muß sie dauernd offen gehalten werden. In den schwersten Fällen versagt sie nach B.'s Meinung ebenso wie die anderen Operationsmethoden. Die Hepaticusdrainage ist wohl etwas gefährlicher, verspricht aber völlige und dauernde Heilung.

Eine weitere absolute Indikation zur Hepaticusdrainage besteht, wenn Steine bei der Operation im Hepaticus oder Choledochus zurückgelassen werden müssen, was manchmal vorkommt. Im ganzen aber hält es Verf. für wichtig, da man selten eine Garantie hat, keinen Stein übersehen zu haben, in jedem Falle von Cholelithiasis, auch wenn nichts für das Vorhandensein von Steinen im Choledochus spricht, die Hepaticusdrainage auszuführen. Nur bei ungünstiger Lage des Choledochus und bei schlechter Narkose will er darauf verzichtet wissen. Ferner empfiehlt es sich bei akuter eitriger Cholecystitis wegen der Infektionsgefahr durch Verschleppung der Keime sich auf die Cystostomie zu beschränken. Wenn erforderlich, kann man später noch zur Choledochotomie schreiten.

Technisch sei hervorgehoben, daß die Vorbereitungen der Desinfektion 45—60 Minuten dauern. Kehr zieht für die Gallensteinlaparotomie den von ihm angegebenen Wellenschnitt vor. Bei der Lösung von Verwachsungen wird sehr auf Durchbrüche geachtet, denen man oft begegnet ist. Der Choledochus wird meist von der Gallenblase freigelegt. Bestehen keine besonderen Kontraindikationen, so wird die Gallenblase exstirpiert. Zur Inzision eignet sich am besten der supraduodenale Teil des Choledochus, zu dem man durch Fingerdruck die Steine hinbringt. Der Inzision folgt Sondierung mit einer Uterussonde und Steinextraktion. Gelingt diese nicht völlig, muß sie der Nachbehandlung überlassen werden. Nach Entfernung aller Steine, soweit dies möglich war, folgt die Hepaticusdrainage durch ein Gummirohr, welches etwa 4 cm weit durch die Choledochotomiewunde leberwärts geführt und an die Choledochuswand befestigt wird. Die Wunde des Gallenganges wird im übrigen geschlossen, und zwar durch Seidennähte, welche möglichst die Venenplexus der Wandung zu vermeiden haben. Alle Fäden bleiben lang. Öfters wird in gleicher Weise auch der Choledochus drainiert. Gazestreifen dienen zur Tamponade um das Rohr herum. Die Naht der Bauchdecken wird in toto besorgt, um eine Fadeneiterung zu vermeiden. Erst am Ende der zweiten Woche wird Rohr und Tam-

ponade in den meisten Fällen entfernt. Kein einziger Seidenfaden bleibt zurück, da sie alle im Verlauf von 2—4 Wochen herausgezogen werden können. So wird eine zur Steinbildung führende Inkrustation vermieden. Die Gallengänge werden durch die Choledochuswunde mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült. Steine, welche dem Spülwasser nicht folgen, extrahierte man mit der Kornzange. Das einmal entfernte Rohr wird nicht wieder eingeführt. Der Verband muß deshalb häufig gewechselt werden. Sondierung und Spülung findet in der ersten Zeit täglich statt. Die Fistel darf man sich nicht eher schließen lassen, als man annehmen kann, daß alle Steine entfernt sind. Eventuell muß man sie durch Laminariastifte wieder erweitern, wenn sie sich zu früh für die Einführung des Spülkatheters verengt. Zu den unangenehmsten Komplikationen des Verlaufes nach Hepaticusdrainage gehören Magen- und Duodenalfisteln. Mit Nahtverschluß ist bei ihnen nicht viel zu erreichen.

Die Erfolge der Hepaticusdrainage sind ausgezeichnete bei der Verhinderung und Heilung der Cholangitis. Ferner gestattet sie in etwa 17% aller Fälle Steine nachträglich zu entfernen, welche bei der Choledochusnaht zurückbleiben würden. Bei diffuser Cholangitis und hoch in der Leber sitzenden zahlreichen Konkrementen ist ihre Leistungsfähigkeit eine geringe. Rezidive sind nach Hepaticusdrainage selten. In unkomplizierten Fällen betrug die Sterblichkeit nach der Operation 2—3%. Um die schwersten und kompliziertesten Fälle mit diffuser Cholangitis, welche fast alle zum Tode führen, auszuschalten, soll man beim akuten Choledochusverschlusse operieren, wenn nach 3monatlichem Bestehen desselben eine Karlsbader Kur nicht zur völligen Latenz führt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

14) **A. C. Bernays** (St. Louis). Sarcoma of the mesentery.

(Annals of surgery 1902. Juni.)

B. beschäftigt sich im Anschluß an einen von ihm selbst operierten Fall und 35 ähnlichen aus der Literatur zusammengestellte Fälle mit der Frage, wie viel von dem Dünndarm entfernt werden kann, ohne die Lebensfähigkeit des Individuums zu beeinträchtigen.

Von den Autoren, welche sich bereits mit dieser Frage abgegeben haben, weichen Nickolas Senn und Monari am meisten voneinander ab, indem der erstere ein Drittel des Dünndarmes als das äußerst Zulässige ansieht, während der letztere der Ansicht ist, daß bis zu $^7/_8$ des Dünndarmes, ohne den Tod zur Folge zu haben, entfernt werden können. Zwischen beiden nimmt Trzebicky eine mittlere Stelle ein, nach dem die Entfernung der Hälfte desselben ertragen wird, sofern es sich um die distale Hälfte handelt, d. h. um das Ileum.

Allen, welcher einen von Lexer operierten Pat. längere Zeit nach der Operation beobachtet hat, hat bewiesen, daß ein Drittel des Dünndarmes ohne Schädigung des Pat. entfernt werden könne.

Verf. neigt nach seiner Erfahrung am meisten der Ansicht Trzebicky's zu. In seinem Fall handelte es sich um ein Sarkom des Mesenteriums, welches die Resektion eines Stückes Ileum von 117 Zoll Länge notwendig machte (ca. 3 m). Pat. genaß vollkommen. Nimmt man die mittlere Länge des Dünndarmes zu 6 m an, so würde also dieses Stück etwa der Hälfte entsprechen.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß — sofern die distale Hälfte des Dünndarmes in Betracht kommt — etwa der halbe Dünndarm des Menschen ohne Schädigung entfernt werden kann, betont jedoch — und das dürfte wohl das Wesentlichste sein —, daß es bei der Resektion von großen Stücken des Dünndarmes mehr auf die Länge des stehenbleibenden Dünndarmes als auf die Länge des entfernten Darmstückes ankommt. **Seefisch** (Berlin).

15) **Heil** (Darmstadt). Zur Vermeidung der Hämatombildung nach Küstner's suprasymphysärem Kreuzschnitt.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 45.)

H. sah in seinen nach Küstner's Methode operierten 14 Fällen niemals das Auftreten eines Hämatoms und glaubt dies günstige Resultat durch das Auflegen eines Sandsackes während der ersten 24 bis 36 Stunden nach der Operation erreicht zu haben. Auch Hernienbildung hat H. nie beobachtet. Das Tragen einer Leibbinde war in allen Fällen überflüssig. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

16) **de Ruyter.** Über Karzinomentwicklung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. berichtet über einige Fälle, bei denen sich im Anschluß an langwierige entzündliche eitrige Prozesse ein Karzinom entwickelt hat. Bei einer Dame fand sich in einem Brustkrebs eine Nadel, die vor 20 Jahren in die Brust gestochen worden sein soll. Ein anderer Pat. war vor 6 Jahren an Appendicitis operiert worden. Auch nach Resektion des Wurmfortsatzes kam es noch zu wiederholten Peritonitiden. Als er später an Pyämie im Anschluß an eine Unterschenkelphlegmone starb, fand man an der Stelle des Wurmfortsatzes einen Gallertkrebs. Bei einem dritten Falle bestand am Rande des Antrum Highmori ein Karzinom, und ebenso war auch ein Polyp, der aus einem Siebbeinspalt hervorhing, krebsig entartet. In der Siebbeinhöhle fand sich Eiter und auch in der Highmorshöhle bestand schon lange Suppuration. Man kann sich hier die Frage stellen, ob nicht der mechanische oder toxische Reiz oder eine Kombination beider zur Karzinomentwicklung geführt hat. Diesen Gesichtspunkt stellt R. auch zur Diskussion bei Besprechung einiger Fälle von Brustdrüsengeschwülsten, bei denen neben der Geschwulst cystische Erkrankung der übrigen Drüse zu konstatieren war. Vielleicht ist für die Ätiologie der Geschwülste gerade hier, wo sich Entzündung und Geschwulst begegnen, wertvolles Material zu gewinnen; deshalb sollten bei den Statistiken über die Erfolge der Brustkrebsoperationen die Fälle, bei denen gleichzeitig eine cystische Erkrankung der Brustdrüse bestand, einmal gesondert rubriziert werden. Ebenso verdienten die paramammären Geschwülste eine gesonderte Betrachtung. R. hat selbst fünf derartige Fälle beobachtet. Was die

Operation bei solchen Geschwülsten betrifft, so soll man nur dann von der üblichen Brustamputation absehen zu Gunsten einer Exstirpation der Geschwulst, wenn es sich um axillarwärts in größerem Abstande liegende Karzinome handelt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

17) **Hölscher.** Beiträge zur Kenntnis der Pustula maligna.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

H. veröffentlicht sieben Fälle, welche in ihren Krankheitserscheinungen wie in ihrem Krankheitsverlaufe die charakteristischen Zeichen der Pustula maligna darboten. Bei allen bestand daneben auch eine milzbrandverdächtige Anamnese. Ein Fall ist dadurch interessant, daß die Krankheit bei einer Frau auftrat, welche das wollene Hemd ihres in einer Haarfabrik beschäftigten Mannes getragen hatte und sich auf diesem indirekten Wege infizierte. Zwei weitere Fälle zeigen wiederum, wie selbst bei milzbrandverdächtiger Vorgeschichte nicht alle Hauterkrankungen, die anatomisch und klinisch den Charakter der Milzbrandpustel haben, Anthraxinfektionen sind, sondern daß sie unter Umständen einer anderen Infektion, wahrscheinlich einer Staphylokokkeninvasion ihre Entstehung verdanken. Wenigstens konnte Verf. bei den beiden Kranken nur solche und keine Milzbrandbazillen nachweisen. Darum soll man den Namen »Pustula maligna« nur als Sammelname für alle milzbrandartigen Hautaffektionen gebrauchen und sie durch einen Zusatz als Milzbrand oder als andersartige Affektion spezifizieren.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

18) **Momburg.** Eine penetrierende Brust- und Bauchschußverletzung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Arbeit enthält die Krankengeschichte eines Mannes, der sich in selbstmörderischer Absicht mit einem Karabiner M. 88 ein Geschoß in die Herzgegend geschossen hatte. Aus der Lage der Einschußöffnung und dem Verlaufe des Schußkanales wurde auf eine Verletzung des Herzens geschlossen. Zur Sicherung der Diagnose und um das Herz zur Herznaht frei zu legen, wurde in Chloroformnarkose nach Rotter von der Einschußöffnung aus in die Tiefe vorgegangen. Indessen fand man weder bei der Operation noch bei der späteren Besichtigung nach dem Tode des Pat. eine Gewebstrennung oder einen Substanzverlust am Herzbeutel und am Herzen. Auffallend war die schlechte Übersicht über das nach dem Rotter'schen Verfahren freigelegte Herz, die auf eine starke Verschiebung des letzteren geschoben werden muß, da nach den übrigen Autoren diese Methode das Herz sehr gut zugänglich macht. An der Zwerchfellkuppe fand sich eine längliche Einschußöffnung, durch die etwas Netz in die Brusthöhle eingetreten war. An der kollabierten linken Lunge bestand am unteren und inneren Rande des unteren Lappens eine Einschußöffnung. Der linke Pleuraraum war stark mit Blut gefüllt.

Diagnostisch mußte man, wie im einzelnen näher ausgeführt ist, eine Herzverletzung annehmen, während der absolute Mangel irgend welcher Erscheinungen von Seiten der Bauchhöhle eine Mitverletzung der Bauchorgane ausschließen ließ. Der Schußkanal lag aber tiefer, als nach Aus- und Einschußöffnung zu vermuten war, und das Geschoß hatte das Zwerchfell nahe der Kuppe durchschlagen.

Bei jeder Schußverletzung des Herzens soll in gleicher Weise wie bei Stichverletzungen verfahren werden; man soll in zweifelhaften Fällen durch die Rotter-sche Voroperation die Diagnose stellen und bei feststehender Verletzung des Herzens dieses freilegen. Nur so wird man mehr Heilungen erzielen wie bisher. Die Sondenuntersuchung wird bei Herzverletzungen verworfen. Rotter's und Watten's Methoden hält M. für die typischen zur Freilegung des Herzens, und zwar die erstere bei linksseitiger, die letztere bei rechtsseitiger Pleuraverletzung.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

19) **H. Botescu** (Bukarest). **Perforierende Bauchwunde; Verletzung der Vena mesenterica; reichliche abdominale Hämorrhagie; Laparotomie; Heilung.**

(Spitalul 1903. Nr. 1.)

Es handelte sich um einen Messerstich, den sich ein 36jähriger Mann in selbstmörderischer Absicht in die epigastrische Gegend zwischen Nabel und Processus xiphoideus beigebracht hatte. Derselbe war zwischen die Darmschlingen gedrungen, ohne dieselben zu verletzen und hatte dann die Vena mesenterica major eröffnet. Trotzdem bereits $5^1/_2$ Stunden nach der Verletzung vergangen waren, konnte doch nach Unterbindung des blutenden Gefäßes und Reinigung der Bauchhöhle von Blut und Blutgerinnseln ein vollständiger Erfolg der Laparotomie, d. h. prima intentio, erzielt werden. **E. Toff** (Braila).

20) **Jordan. Über primäre akute Typhlitis.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Bisher ist der Beweis, daß es eine einfache akute Typhlitis gibt, noch nicht erbracht worden; denn ein solcher Beweis ist geknüpft an die genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Blinddarmwand während des Anfalles oder kurz nach Ablauf desselben. In keinem der in der Literatur früher beschriebenen Fälle ist aber am Lebenden das Innere des Blinddarmes besichtigt und die als Ausgangspunkt der Entzündung angesprochene Wandpartie einer mikroskopischen Prüfung unterzogen worden. Verf. teilt deswegen eine Beobachtung mit, die nach seiner Ansicht den unzweifelhaften Beweis der Existenz einer Typhlitis im Sinne der Sterkoraltyphlitis erbringt. Bei einem 10jährigen Kinde, das klinisch unter den Symptomen der gewöhnlichen Perityphlitis erkrankt war, zeigte sich der Wurmfortsatz gesund, wenn man davon absieht, daß er einen erbsengroßen Kotstein enthielt; dagegen war ein Konvolut von Dünndarmschlingen durch entzündliche Schwarten untereinander und mit dem Blinddarme verwachsen. Wegen Verdacht auf ein Geschwür im letzteren wurde die für pathologisch gehaltene Blinddarmpatie reseziert, und es fand sich auf der Schleimhautseite ein $2^1/_2$ cm langes und $^1/_2$ cm breites, flaches Geschwür, das mikroskopisch keine Zeichen von Tuberkulose aufwies. J. glaubt also, daß es sich um eine einfache, nicht perforative, primäre akute Typhlitis handelte, welche in ihrem Verlaufe wie in ihren anatomischen Details mit der Vorstellung, die man sich von der Sterkoraltyphlitis machte, übereinstimmt. Das Vorkommen einer solchen Erkrankung ist sehr selten und hat ein mehr theoretisch wissenschaftliches Interesse ohne Einfluß auf therapeutische Maßnahmen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

21) **S. Lloyd. Personal experience with McGraw's method of gastroenterostomy.**

(New York med. journ. 1902. Dezember 27.)

Bezugnehmend auf den Originalartikel von Willi Meyer (dieses Zentralblatt 1902 p. 185), der das Wichtigste über McGraw's Methode bringt, und dessen Inhalt auch in L.'s Arbeit ausführlich angeführt ist, ist zu berichten, daß Verf. selbst 7 Fälle nac dieser Methode operiert hat. Das Verfahren besteht in einer seitlichen Anastomosenbildung am Magen-Darmkanale unter Anwendung einer elastischen Ligatur, und ist schon im Jahre 1891 experimentell begründet worden. Die Fälle L.'s betreffen Gastroenterostomien bei bösartigen Magengeschwülsten und hatten bezüglich des Effektes der hergestellten Anastomose guten Erfolg; in einem Falle, wo bei einer Laparotomie zunächst Lösung der Verwachsungen bewirkt und erst bei einer zweiten Operation die Methode angewendet wurde, ließ sich die Wiederkehr der Symptome auf hysterischer Basis beruhend erweisen und durch therapeutische und suggestive Maßnahmen erfolgreich bekämpfen; in einem anderen Falle versagte die Methode, weil das Gummiband zweimal einriß und deshalb eine Murphyknopf-Anastomosenbildung gemacht wurde; dieser Miß-

erfolg ist aber einem Fehler der verwendeten Ligatur resp. deren Sterilisation zuzuschreiben. Verf. rühmt die Leichtigkeit der Anwendung der Methode bei Gastroenterostomie und Enteroenterostomie bei Magenaffektionen; er hält sie für nicht anwendbar bei Enteroenteroanastomosen infolge totaler, wohl aber bei solchen infolge unvollständiger intestinaler Obstruktion. Der Hauptvorteil besteht in der beträchtlichen Zeitersparnis auch der Knopfmethode gegenüber, andererseits in der Möglichkeit, die Öffnung beliebig groß machen zu können; bezüglich der Nachbehandlung ist zu bemerken, daß keinesfalls vor Ablauf von 48 Stunden mit Ernährung vom Munde her begonnen werden darf. **Scheuer** (Berlin).

22) v. Eiselsberg. Zur radikalen Behandlung der Darminvagination.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Erfahrungen des Verf. beziehen sich auf 13 Fälle von Darminvagination, welche zwölfmal durch die Totalresektion und einmal durch erst partielle, dann totale Ausschaltung behandelt wurden. Dazu kommt noch ein Fall, in welchem ein Folgezustand der Invagination, die Abszeßbildung, behandelt werden mußte, und einige nur kurze Zeit beobachtete Fälle, in welchen ein operativer Eingriff unterblieb. Unter den Operierten waren elf Erwachsene und zwei Kinder. Die Bestimmung, ob es akute oder chronische Invaginationen waren, ließ sich nicht immer streng treffen, da es Übergangsfälle gibt. Der Form nach überwog die Invaginatio ileocolica — 10 von 13 Fällen. Bei sechs von diesen Pat. fand sich ein abnorm langes Mesenterium des Dickdarmes, insbesondere des Blinddarmes und mehr oder weniger ausgedehnte Hypertrophie der Muskularis mit teilweiser Hyperämie, selbst Infiltration der Wandung. Wahrscheinlich handelt es sich hier nicht um eine erworbene, sondern um eine angeborene Abnormität, welche eine ursächliche Rolle bei dem Zustandekommen der Invagination abgegeben hat.

Die für die Diagnose wichtigsten Symptome sind vor allem mehr oder weniger heftiger Schmerz, meistens Erbrechen und veränderter, event. blutiger Stuhlgang. Dazu kommt noch Meteorismus und die Fühlbarkeit einer Geschwulst oder einer Resistenz. Bei den akuten Fällen stehen im Vordergrunde Ileuserscheinungen. Zwölfmal wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle die Desinvagination versucht; nur fünfmal gelang sie vollkommen. Aber auch dort, wo die völlige Desinvagination möglich war, ließ v. E. die totale Resektion folgen; denn einmal fand er als Ursache des Leidens ein Karzinom der Flexur und einmal eine narbige Dünndarmstenose. Bei einem dritten Pat. war eine Geschwulst nicht auszuschließen und bei den zwei übrigen sollte einem Rezidiv vorgebeugt werden, das man nach der Anamnese erwarten mußte. Verf. hält auch für die Fälle, in welchen die Desinvagination nicht möglich ist, die totale Resektion der ganzen Invagination von allen in Frage kommenden Eingriffen für den besten. Er bevorzugt danach die axiale Wiedervereinigung der durchtrennten Darmschlingen, bei der er nie einen Mißerfolg bezüglich der Festigkeit der Naht erlebt hat. Er hält die Laparotomie in allen Fällen von Invagination mit Ileussymptomen für das einzig rationelle und berechtigte Verfahren. Bei Kindern kann man event. bis zu 48 Stunden warten. Ist dann keine Besserung eingetreten, so ist auch hier der Bauchschnitt rasch auszuführen. Bei akuten Fällen mit schweren Darmsymptomen wie bei sehr schwachen Individuen wird man sich mit der Desinvagination begnügen, falls sie überhaupt gelingt, aber auch später aus oben genannten Gründen die Radikaloperation anschließen. In den Fällen, bei denen die Desinvagination nicht gelingt, muß gleich die Resektion ausgeführt werden mit sofortiger oder späterer Wiedervereinigung der durchtrennten Teile, d. h. im letzteren Falle Bildung eines zeitweiligen Kunstafters. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

23) C. N. Dowd (New York). Gangrenous intussusception in a child four years old; intestinal resection; recovery.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Verf. berichtet über einen von ihm operierten Fall von Intussuszeption bei einem 4jährigen Kinde. Die Invagination betraf das Ileum, das invaginierte Stück

war brandig, da die Invagination schon 10 Tage bestand. In diesen 10 Tagen hatte völlige Obstipation bestanden mit kotigem Erbrechen. Merkwürdig war, daß das Allgemeinbefinden im übrigen ungemein wenig alteriert war, so daß der kleine Pat. sogar noch imstande war, umherzugehen. Da noch keine allgemeine Peritonitis bestand, war die Resektion der ganzen von der Intussuszeption betroffenen Darmpartie mit sofortiger Vereinigung der Darmlichtungen erfolgreich und endete in 5 Wochen mit völliger Heilung.

An den Bericht schließen sich Bemerkungen über die gebräuchlichsten Methoden der Darmnaht. **Seefisch** (Berlin).

24) **E. Liebermann.** Beitrag zur Behandlung der Hämorrhoiden.

(Przegląd lekarski 1902. Nr. 45.)

Verf. plaidiert auf Grund von 36 in Kader's Klinik nach Whiteheade operierten Fällen von Hämorrhoiden sehr warm für dieses Verfahren. welchem er den Vorzug vor der Langenbeck'schen Operation einräumt. Von den 36 Operierten heilten 32 per primam, 4mal erfolgte Heilung per secundam, und zwar 1mal, infolge heftiger arterieller Nachblutung, 2mal infolge Eiterung und 1mal infolge Dehiszenz der Nähte. Über das Dauerresultat konnten von 14 Pat. Erkundigungen eingezogen werden: Hiervon sind 11 gesund, 1 klagt (8 Monate nach der Operation) über Stenose des Mastdarmes, 1 über neuerliche Blutungen bei der Defäkation, während schließlich die Angaben des einen mit dem Resultate unzufriedenen Pat. ziemlich konfus sind.

Ob sich gerade aus diesen Resultaten der Vorzug des Whiteheade'schen Verfahrens vor dem Langenbeck'schen mit zwingender Notwendigkeit ergibt, will Ref., übrigens ein Anhänger der letzteren Operation, dahingestellt sein lassen.

Trzebicky (Krakau).

25) **E. Ries.** The treatment of extensive rectal strictures.

(New York med. journ. 1902. Dezember 13.)

Verf. bespricht das schwierige und operativ meist recht undankbare Gebiet der Behandlung von Mastdarmstrikturen. Er ist unabhängig von Rotter (cf. Archiv f. klin. Chirurgie 1899) zu einem ähnlichen Operationsverfahren gekommen wie dessen Sigmoidorektostomie. Verf.s Fall unterscheidet sich insofern von denen Rotter's, als der Operierte noch 5 Jahre nach der Operation beschwerdefrei geblieben sein soll, während Rotter's Pat., wie mir bekannt ist, nach längerem Wohlbefinden wieder Beschwerden bekamen; meinen Erfahrungen nach hat sich ein voller Erfolg nur dann eingestellt, wenn die Striktur völlig entfernt wurde. Der Fall von R. betrifft eine 25jährige Frau, die von ihrem Gatten 7 Jahre vorher syphilitisch infiziert wurde. Nach einer Geburt im ersten Jahre der Ehe ging Kot durch die Scheide ab, seit 4 Jahren bestanden Stuhlbeschwerden in steigender Schwere, so daß in der letzten Zeit fester Stuhl überhaupt nicht mehr, sondern nur durch Abführmittel verflüssigter unter großen Schmerzen abging. Gewichtsabnahme auf 82 Pfund. Die Untersuchung ergab eine Vulvovaginalfistel, eine Striktur der Harnröhre, eine enge Fistel, die dicht über den Columnae aus dem Mastdarme in die Scheide mündete, und 2 cm über dem After eine kallöse Striktur, die auch für den Kleinfinger nicht passierbar war; außerdem fand sich über dem Beckenrande eine harte, unbewegliche Masse in der Umgebung des Mastdarmes, die als Exsudat angesprochen wurde. Das innere Ende der Rektovaginalfistel konnte nicht festgestellt werden. Die Operation wurde von unten her begonnen — durch Spaltung des Dammes bis auf die Fistel — und dann die Vorderwand des Mastdarmes bis zur Striktur durchtrennt. Da man aber auch bei weiterem Vorgehen höher hinauf nicht auf gesunden Mastdarm kam und dieser sich nicht mobilisieren ließ, so wurde eine Laparotomie gemacht, wobei sich an der Flexura sigmoidea die gefühlte Härte als eine 4 cm lange Striktur erwies; es wurde nun 3 cm über deren oberem Ende der Darm durchschnitten, das Darmende mobilisiert und das andere Ende eingestülpt und übernäht, wäh-

rend das gesunde Darmstück nach unten durchgezogen und in das Analstück des Mastdarmes eingenäht wurde; nach vorn wurde die hintere Scheide geschlossen und der Sphinkter über einem Gummidrain genäht. Die Heilung verlief — abgesehen von Kleinigkeiten — glatt; 5 Jahre nach dem Eingriffe hatte Pat. 58 Pfund an Gewicht zugenommen, hatte keine Inkontinenz oder Schleimabgang und täglich Stuhl.

Scheuer (Berlin).

26) **Schwartz.** Cinq kystes hydatiques du foie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 523.)

S. operierte erfolgreich einen Pat. mit 5 Echinokokkencysten der Leber. Bei 2 Cysten entleerte er nur nach vorausgeschickter Punktion den Inhalt, entfernte die Innenwand der Muttercyste und vernähte die Bindegewebskapsel. Die 3 übrigen Cysten entfernte er vollständig. Die zur Stillung der starken parenchymatösen Blutung nach der Enukleation eingelegten Nähte durchschnitten das Lebergewebe; nur ein Teil der Leberwunde ließ sich durch Naht schließen, der Rest wurde tamponiert. — Einige Zeit entleerte sich aus der Wunde noch Galle; doch erfolgte schließlich völlige Heilung.

Pierre Delbet macht in der Diskussion darauf aufmerksam, daß die unangenehmen Zufälle während und nach der Operation vorstehenden Falles, die schwierige Blutstillung und der folgende Gallenfluß, lediglich durch die Enukleation bedingt wurden. Seiner Ansicht nach leistet die Ausschälung der Muttermembran mit Versenkung der Bindegewebskapsel ebenso viel, wie die Enukleation, ohne deren Nachteile zu haben. Weiter hebt er hervor, daß der erste, der in solcher Weise eine Echinokokkuscyste behandelte, Franz König war.

Reichel (Chemnitz).

27) **A. Bossowski.** Über primäre Sarkome der Leber.

(Medycyna 1902. Nr. 28.)

Verf. berichtet über folgende zwei eigene Fälle:

1) 3jähriger, kachektischer Knabe. Im rechten Hypochondrium eine kindskopfgroße, höckrige Geschwulst in unmittelbarem Zusammenhange mit der Leber. Mäßiger Ikterus, kein Ascites. Bei der Laparotomie fand man ein so weit fortgeschrittenes Sarkom der Leber, daß an eine Exstirpation nicht zu denken war. Die nach einiger Zeit ausgeführte Autopsie ergab ein Medullarsarkom.

2) 11jähriger Knabe, zuvor gesund, fiebert seit 3 Monaten. Pat., abgemagert, mit schmerzverzerrtem Gesicht, liegt mit angezogenen Beinen. Ikterus, acholische Stühle. Der untere Leberrand reicht drei Finger unterhalb des Rippenbogens. Im rechten Lappen eine schmerzhafte, fluktuierende apfelgroße Geschwulst fühlbar. Von Zeit zu Zeit spontane Schmerzen in der Leber. Temperatur 39°. Mittels eines dem Rippenbogen parallelen Schnittes wurde der Abszeß in der Leber bloßgelegt und nach Fixierung der Leber in der Wunde entleert. Nach Eröffnung desselben gewahrte Verf. noch mehrere kleinere Eiterhöhlen in der Leber, welche nach Durchbrennung der Scheidewände mit dem Paquelin mit dem großen Abszesse vereint wurden, wodurch eine mannsfaustgroße Wundhöhle entstand. In der Umgebung derselben war das Leberparenchym morsch, schiefergrau. Die Untersuchung eines hiervon exstirpierten Stückes ergab ebenfalls Alveolarsarkom; in dem Eiter wurde vorwiegend Staphylokokkus pyog. aureus gefunden. Das Fieber fiel unmittelbar nach der Operation zur Norm, nach Verlauf einer Woche nahm es aber wieder einen hektischen Typus mit abendlichen Exacerbationen bis zu 39° an und behielt denselben bis zum Tage der Publikation (3 Monate nach der Operation). Der Heilungsprozeß war ein ganz normaler, und Pat. fühlt sich trotz Fieber und schlechten Aussehens stärker, hat Appetit und ist frei von Schmerzen.

Verf. deutet diesen Fall als sekundäre Eiterinfektion eines primären Sarkoms der Leber.

Trzebicky (Krakau).

28) **B. T. Tilton** (New York). The operative treatment of diseases of the pancreas.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

T. gibt in der vorliegenden, 16 Seiten langen Arbeit einen kurzen Überblick über den heutigen Stand der Pankreaschirurgie.

Zur Statistik bemerkt er, daß im New York Hospital in den letzten 10 Jahren beobachtet worden sind: 8 Pankreascysten, 3 Fälle von akuter hämorrhagischer Pankreatitis, 1 Fall von eitriger Pankreatitis, 1 Fall von chronischer Pankreatitis, 2 Pankreaskarzinome. Von den 8 Fällen von Pankreascysten wurden 7 operiert mit 1 Todesfall (Sepsis). Über die anderen Fälle fehlen Angaben.

Die Arbeit ist als eine im wesentlichen zusammenfassende zu betrachten. Besonders warnt Verf. vor zu großer Eilfertigkeit in der Stellung der Diagnose auf Karzinom, da eine chronische Entzündung dieselben Symptome machen kann. Nachweis von vergrößerten Drüsen und Ascites sprechen mehr für Karzinom. Eine Probelaparotomie wird am besten Aufschluß geben. **Seefisch** (Berlin).

29) **A. Pousson** (Bordeaux). De l'intervention chirurgicale dans les néphrites infectieuses aiguës et dans les néphrites chroniques.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 689.)

P. hat in 4 Fällen akuter infektiöser Nephritis, die teils Folge einer Allgemeinerkrankung, teils Folge einer Blasenaffektion waren, operativ eingegriffen. 2 Nephrotomien brachten 2 Heilungen, die $3^1/_2$ Jahre, bezw. 7 Monate nach der Operation noch Bestand hatten; ein Pat., der nephrektomiert wurde, genas von der Operation, starb aber 4 Monate später infolge einer Infektion der anderen Niere; der vierte Pat. überlebte die Nierenexstirpation nur um 60 Stunden, starb infolge gleichzeitiger Pyonephrose der zweiten Niere. Aus der Literatur stellt P. noch 11 weitere Fälle zusammen mit insgesamt nur 4 Todesfällen auf 15 Operationen. Er giebt der Nephrotomie in solchen Fällen einseitiger, akuter, infektiöser Nephritis mit Bildung miliarer Eiterherde in der Niere den Vorzug vor der Nephrektomie.

Bei chronischer Nephritis operierte P. in 3 Fällen; im ersten gaben profuse Hämorrhagien die Indikation zur Nephrektomie, die in Heilung ausging. In beiden anderen Fällen machte er wegen urämischer Erscheinungen die Nephrotomie. In beiden schwanden diese Symptome nach der Operation, kehrten aber nach Schluß der Wunde wieder, weshalb P. im ersten derselben nachträglich noch die Niere exstirpierte. Er erzielte Heilung, die noch nach 17 Monaten Bestand hatte. — Das Detail der Krankengeschichten ist im Original nachzulesen.

Legueu und Albarran berichten in der Diskussion nur über ungünstige Erfahrungen nach der Nephrostomie bei der akuten Nephritis. L. sagt: »Entweder ist die Erkrankung doppelseitig, dann ist überhaupt nichts zu machen; oder sie ist einseitig, dann ist es besser, die Niere zu entfernen«. Auch A. gibt der Nephrektomie den Vorzug vor der Nephrostomie und betont die Häufigkeit der spontanen Ausheilung der akuten Nephritis. **Reichel** (Chemnitz).

30) **Le Roy Broun.** Alexander's Operation.

(New York med. journ. 1902. Dezember 20.)

Verf. berichtet über 300 Fälle von Alexander's Operation, von denen er 175 persönlich ausgeführt hat. Die allgemein bekannten Vorzüge der Operation kann auch er völlig bestätigen; eingetretene Schwangerschaft bei Operierten endete normal, ohne Störungen im Geburtsverlaufe; auch nach erfolgter Geburt blieb der Uterus in richtiger Stellung; Hernien hat Verf. viermal gesehen, doch durch Kombination des Verfahrens mit Bassini's Methode zu vermeiden gelernt. Die Resultate waren sehr befriedigend; im ganzen hatte Verf. zwei Todesfälle, einen infolge von Tetanus, den zweiten infolge septischer Peritonitis; wichtig ist, daß keine Verwachsungen vorhanden sind; bestehen solche und können sie nicht

leicht gelöst werden, so mache man entweder Annähung des Uterus an die Bauchwand oder eine Operation nach Dr. Bissel, die in der Herausnahme von Teilen der breiten und runden Mutterbänder besteht. **Scheuer** (Berlin).

31) **H. Fischer. Klinische Mitteilungen.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

1) Cysticercus racemosus cerebri bei einem 19jährigen, kräftigen Manne, der innerhalb von 14 Tagen ohne voraufgegangene Hirnsymptome zugrunde ging. Der Blasenwurm saß im Vorderhorn des linken Seitenventrikels. Nach einer Literaturzusammenstellung verläuft das Leiden überhaupt sehr häufig symptomlos und führt infolge der häufigsten Entwicklung der Cysticercen in den Ventrikeln, besonders im vierten, durch Atemlähmung oder schnell steigenden Hydrops ventriculorum zum raschen Tode. Auch bei einer weiteren Pat., die einer puerperalen Pneumonie erlag, fand sich ein Cysticercus cerebri im vierten Ventrikel, der aber ganz latent verblieben war. Ein an der linken Großhirnhemisphäre sitzender Cysticercus cellulosae war dagegen mit Wahrscheinlichkeit die Ursache einer seit dem 12. Jahre bestehenden Epilepsie.

2) Der zweite Teil der Mitteilungen behandelt eine Reihe von diffusen eitrigen Peritonitiden, welche durch seltene Entstehung charaktertsiert sind. Bei dem ersten Pat. lag ein perforiertes Duodenalgeschwür vor, bei der zweiten entwickelte sich die Bauchfellentzündung im Anschluß an eine Cholecystotomie, bei der die langdauernde stumpfe Auslösung der Gallenblase aus derben Verwachsungen zum Durchbruch eines Magengeschwüres führten. Eine dritte Kranke starb an Peritonitis im Verlaufe einer Wundrose. Bei zwei weiteren Pat. entstand die Bauchfellentzündung im Anschluß an Gonorrhoe. Bei dem ersten von beiden ging die Infektion von der Harnröhre in die Blase, von ihr in das peri- und paravesikuläre Bindegewebe und von hier ins Bauchfell. Bei dem zweiten war die Peritonitis durch eine von der Gonorrhoe und einer eitrigen Orchitis in die Samenblasen und von hier aus auf Lymph- und Bindegewebswegen in den prävesikalen Raum und das Bauchfell fortgeleitete Eiterung bedingt. In allen Eiterdepots fanden sich Gonokokken. Die beiden letzten geschilderten Fälle weisen als Ätiologie eine Osteomyelitis tibiae und eine Nephritis auf. Der letzte Fall gehört zu den von Koenitzer zusammengestellten und bisher ganz rätselhaft gebliebenen Fällen sog. spontaner Bauchfellentzündung im Verlauf einer Nephritis.

3) Kasuistische Beiträge zu den Difformitäten der Ohrmuscheln. Zunächst eine Fistel am Ohrläppchen. Meist kommen die Ohrfisteln vor dem inneren Rande des Helix und ungefähr 1 cm aufwärts vom Tragus vor. Die beschriebene Mißbildung war in der Familie des Vaters erblich. Der Sitz der Fistel bestätigt die Ansicht, daß sie nichts mit der primären Ohrspalte zu tun haben kann, sondern als eine Entwicklungshemmung aufzufassen ist. Die übrigen geschilderten Anomalien sind ein supernumerares Ohrläppchen (Polyotie), ein überhängendes (Katzen- oder Klapp-) und angewachsenes Ohr, sowie Keloide am Ohrringstich. Nach Exstirpation der letzteren hat F. keine Rezidive gesehen. (Ref. bei zwei analogen Fällen ebenfalls nicht.)

4) Der letzte Abschnitt enthält einen Bericht über 198 äußere, erworbene Lipome von beträchtlicher Größe, unter denen eine Reihe besonders durch ihren Sitz an seltenen Stellen bemerkenswert sind. Versuche, Lipome an entfernten Orten, wie an der Nase, Stirnhöhle etc. einzuheilen, sind dem Verf. nie gelungen. Der Bericht über 2 Fälle von diffuser Mammahypertrophie beschließt die Arbeit.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 14. **Sonnabend, den 4. April.** **1903.**

Zur Äther-Chlorform-Mischnarkose.

Von

Dr. **H. Braun** in Leipzig.

Hofmann (2) und Witzel (3) haben kürzlich eine Narkotisierungsmethode empfohlen, welche darin besteht, daß man Äther tropfenweise kontinuierlich auf eine gewöhnliche offene Chloroformmaske gibt und, wenn das nicht ausreicht, nach Bedarf vorübergehend kleine Mengen Chloroform ebenfalls tropfenweise hinzufügt. Die Kranken erhalten zuvor regelmäßig Morphium. Ich möchte darauf hinweisen, daß es sich hierbei um die von mir seit 1898 angewendete und 1901 (1) beschriebene Narkotisierungsmethode handelt, welche ich charakterisiert habe als eine kontinuierliche Narkose mit sehr ver-

dünnten Ätherdämpfen, denen zeitweilig nach Bedarf kleine Mengen von Chloroformdampf zugesetzt werden. Es ist das fraglos die rationellste Form einer Äther-Chloroform-Mischnarkose, da auf diese Weise, wie ich ausführlich dargelegt habe, die Vorteile beider Mittel am besten ausgenutzt, ihre Nachteile am besten vermieden werden können. Viele Narkosen lassen sich mit verdünnten Ätherdämpfen allein einleiten und unterhalten. Allgemein brauchbar aber wird diese Narkose, auch wenn die Kranken Morphium erhielten, erst dann, wenn man, wie Witzel die Chloroformflasche neben der Ätherflasche zur Hand hat, oder wenn man sich der von mir beschriebenen Modifikation des Junker'schen Chloroformapparates bedient. Denn ab und zu begegnet man Individuen, welche so widerstandsfähig gegen die Narkotisierung sind, daß längere Zeit mit Äther und Chloroform oder selbst mit Chloroform allein narkotisiert werden muß, ehe die verdünnten Ätherdämpfe, welche die Tropfmethode oder mein Apparat liefert, allein zur Unterhaltung der Narkose ausreichen. Zu Beginn der Narkose, damit stimme ich mit Witzel selbstverständlich überein, darf jedoch niemals reines Chloroform verabreicht werden.

Ich habe über 250 derartige Narkosen in der oben erwähnten Arbeit, über weitere 350 im Zentralblatt für Gynäkologie 1902 Nr. 20 berichtet. Im Jahre 1902 wurden auf meiner Abteilung 328 registrierte Äther-Chloroform-Mischnarkosen ausgeführt. Die verbrauchte Menge der Narkotika betrug auf die Stunde berechnet 84,7 ccm Äther, 11 ccm Chloroform. In der Regel wurden weniger als 10 ccm Chloroform, und zwar bei der Einleitung der Narkose mit Äther zusammen gebraucht; die Unterhaltung der Narkose gelingt mit meinem Apparat, ebenso wie mit der Tropfmethode so gut wie ausnahmslos mit Äther allein. Ganz vereinzelte Kranke machten eine auffällige Ausnahme. Der größte Chloroformverbrauch betrug 50 ccm Chloroform mit 105 ccm Äther in $2^3/_4$ Stunden bei einer sehr schwierigen Kehlkopfexstirpation, 55 ccm Chloroform mit 80 ccm Äther in einer Stunde bei einer atypischen Fußgelenksresektion. Beide Kranke, Männer, hatten Morphium erhalten. Vereinzelte ähnliche Narkosen waren auch in früheren Jahren beobachtet worden. In derartigen Fällen die Ätherisierung allein erzwingen zu wollen, etwa durch Anwendung der Julliard'schen Maske, ist nicht ratsam. Denn es würden so hohe Ätherdampf-Konzentrationen für die Narkotisierung nötig sein, daß deren üble Einwirkung auf die Atmungsorgane zu befürchten ist. Morphium wurde im ganzen 108mal — ausschließlich bei kräftigen Männern — verabreicht. Mit Witzel's regelmäßiger Verwendung des Morphiums werden nicht alle Chirurgen einverstanden sein. Üble Zufälle während der Narkose wurden nicht beobachtet, niemals trat Überdosierung ein, welche künstliche Atmung erforderlich gemacht hätte. Die Häufigkeit des Erbrechens wurde im vergangenen Jahre nicht mehr notiert; aus den früheren Zusammenstellungen ergab sich, daß nur $^1/_5$ der

Kranken nach der Narkose brechen. 2 Pneumonien und 2 Bronchitiden wurden im Anschluß an Bauchoperationen beobachtet.

Ich habe das Witzel'sche Narkotisierungsverfahren in den letzten Wochen bei einer Anzahl von Kranken angewendet und mich von seiner prinzipiellen Identität mit dem meinigen überzeugt. Der Verlauf der Narkose ist bei beiden Verfahren der gleiche. Es ist nur ein Unterschied in der Nomenklatur, wenn Witzel von einer Äthernarkose spricht und ich mein Verfahren als eine Äther-Chloroform-Mischnarkose bezeichnet habe. Beide unterscheiden sich von einander ebensowenig, wie z. B. die mit dem Junker'schen oder Kappeler'schen Apparat ausgeführten Chloroformnarkosen sich von einer solchen mit offener Tropfmaske unterscheiden. Das Wesentliche ist nicht die angewendete Narkotisierungsvorrichtung, wenn dieselbe den allgemein gültigen Anforderungen entspricht. Ich halte persönlich die gleichmäßige Dosierung der Narkotika im Junker'schen Chloroformapparat oder in meiner Modifikation desselben für die Äther-Mischnarkose für besser und sicherer als bei der Tropfmethode, besonders wenn man nicht immer sehr geübte Narkotiseure zur Hand hat. Die Ersparnis an Äther und Chloroform ist beim Gebläseapparat sehr bedeutend, da von der offenen Maske der größte Teil unbenutzt abdunstet und die Luft des Operationssaales verunreinigt. Die Anwendung einer kontinuierlichen Narkose, wie sie die rationelle Äther-Chloroformnarkose darstellt, bei Operationen im Mund, Rachen, an den Kiefern etc. ist endlich nur mit Hilfe einer Vorrichtung möglich, welche die narkotischen Dämpfe durch ein Rohr direkt in den Rachen zu leiten gestattet. Jede diskontinuierliche Narkotisierung, z. B. die Julliard'sche Ätherisierung, oder eine intermittierende Chloroformnarkose ist im Prinzip fehlerhaft.

Der verdienstvolle Nachweis Witzels, wie auch mit Hilfe der offenen Maske die kontinuierliche Narkose mit verdünnten Ätherdämpfen praktisch verwertet werden kann, wird derselben mit Recht viele und zahlreiche Freunde zuführen. Wer die Ätherisierung mit meinem Apparat oder nach Witzel's Methode kennen lernt, wird erstaunt sein, wie wenig Äther man zur Narkotisierung, besonders zur Unterhaltung der Narkose auch bei Potatoren, braucht, wie viel zu viel in der Julliard'schen Maske verbraucht worden ist, und wie der kontinuierlichen Narkose mit verdünnten Ätherdämpfen alle die üblen angeblichen Nebenwirkungen des Äthers fehlen; man wird dann meiner Äußerung beistimmen, daß eine Kontraindikation gegen diese Narkose nicht durch Erkrankungen der Atmungsorgane, sondern nur dann gegeben ist, wenn die individuelle Widerstandsfähigkeit eines Kranken sich als so groß erweist, daß die verdünnten Ätherdämpfe allein nicht zur Narkose ausreichen. Dann aber ist nicht die Ätherdampfkonzentration zu steigern, um Narkose zu erzeugen, sondern Chloroform ist nach Bedarf hinzuzufügen (1). Es ist wohl ein ähnlicher Gedankengang gewesen, der Hofmann und Witzel zur

rationellen Mischnarkose geführt hat. Die moderne Chloroform-Sauerstoffnarkose wird ihr voraussichtlich nur vorübergehend Konkurrenz machen.

Einige kleine Mängel, welche sich beim Gebrauch meines modifizierten Junker'schen Apparates ergeben haben, wie z. B. das gelegentliche Einfrieren des Äthers, hat der Fabrikant des Apparates (C. G. Heynemann in Leipzig) beseitigt.

Literatur:

1) Braun, Über Mischnarkosen und deren rationelle Verwendung. Chirurgenkongreß 1901, Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 1.

2) Hofmann, Äthertropfnarkose. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV.

3) Witzel, Wie sollen wir narkotisieren? Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 48.

---

1) H. Braun. Über den Einfluß der Vitalität der Gewebe auf die örtlichen und allgemeinen Giftwirkungen lokalanästhesierender Mittel und über die Bedeutung des Adrenalins für die Lokalanästhesie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Theorie Preyer's, wonach Anästhetika und Narkotika in den Ganglienzellen des Zentralnervensystems chemische Verbindungen eingehen, zu deren Zersetzung und Elimination die Zellen unter vorübergehender Aufgabe ihrer Funktion ihre gesammte lebende Energie verwenden müssen, ist auch heute noch wahrscheinlich und kann in gleicher Weise dem Verständnis der örtlichen Cocainvergiftung dienen. Wahrscheinlich geht das Cocain lockere und flüchtige Verbindungen ein, die auch schnell wieder zerlegt werden, sodaß darauf die gestörte Funktion der Gewebe wiederkehrt. Natürlich muß bei der örtlichen Wirkung eines solchen chemisch differenten Mittels ein Materialverbrauch stattfinden, und zwar derart, daß bei verzögerter Resorption und gesteigerter lokaler Wirkung mehr Cocain verbraucht und weniger resorbiert wird. Daraus ergibt sich eine Wechselbeziehung zwischen örtlicher und allgemeiner Vergiftung. Diese Verhältnisse lassen sich leicht erkennen, wenn die örtliche Intoxikation an Geweben vorgenommen wird, deren Vitalität künstlich herabgesetzt ist. Dies kann geschehen durch Unterbrechung der Blutcirculation mittels Abschnürung, durch intensive Abkühlung der Gewebe und durch örtliche Applikation von Nebennierenpräparaten. Und in der Tat beweisen einschlägige Versuche, daß bei gesteigerter lokaler Wirkung und Resorptionsverzögerung durch Abschnürung und Anämie eine Verminderung der Toxicität eintritt. Ebenso zeigt sich, daß nach Injektion großer Cocaindosen in Gewebe, welche durch Abkühlung in ihrer Vitalität beeinträchtigt sind, eine allgemeine Vergiftung nicht eintritt, solange die Abkühlung fortgesetzt wird, während sich die Symptome der Vergiftung wesentlich

abgeschwächt zeigen, wenn nach längerer Zeit die Abkühlung unterbrochen wird. Die örtliche Vergiftung ist in allen diesen Fällen eine viel intensivere und stabilere als in Geweben mit ungehindertem, lebhaftem Stoffwechsel. Dem entspricht auch natürlich eine Steigerung der Anästhesie. Diese Erhöhung der lokalen Wirkung erklärt sich ebenfalls daraus, daß die Resorption verlangsamt wird, daß also das Cocain länger liegen bleibt und in verstärktem Maße seinen örtlichen Einfluß geltend machen kann, ferner daraus, daß alle die Vorgänge beeinträchtigt sind, durch welche ein lebendes Gewebe sich gegen das Eindringen fremdartiger Stoffe zu wehren vermag und nach eingetretener örtlicher Vergiftung die Rückkehr in den Normalzustand erstrebt.

Am interessantesten ist der Teil der Arbeit, in welchem an zahlreichen Versuchen bewiesen wird, daß ganz die gleichen Verhältnisse auch bei einer gleichzeitigen Anwendung von Adrenalin oder adrenalinhaltigem Nebennierenextrakt und Cocain eintraten. Hier zeigt sich, daß verdünnte Cocainlösungen, mit Adrenalinzusatz in die Gewebe injiziert, weit über die Zone der direkten Infiltration anästhesieren und die Leitungsfähigkeit von Nervenstämmen unterbrechen, wenn sie in deren Nachbarschaft eingespritzt werden. Gleichzeitig wird die Cocainanästhesie um das Vielfache verlängert. Die Ausbreitung der Gewebsanämie und der Empfindungslähmung ist dabei voneinander unabhängig; erstere wird lediglich durch den Adrenalingehalt, letztere durch den Cocaingehalt der Lösung bestimmt. Durch Tropacocainlösung verliert das Adrenalin seine gefäßverengernde Eigenschaft; dadurch ist auch die Steigerung der Anästhesie nur eine geringe. Eukain-β verhält sich ähnlich wie Cocain. Natürlich ist entsprechend dem oben Gesagten bei gleichzeitiger Adrenalinanwendung auch die Toxicität des Cocains eine verminderte.

Die praktische Bedeutung des Adrenalin für die Lokalanästhesie scheint eine recht bedeutende zu sein. Die gemeinsame Verwendung mit Cocain hat dem Verf. die ausgezeichnetsten Dienste geleistet. Bei Zahnextraktionen hat sie alle bisher bekannten Mittel an Sicherheit der Wirkung übertroffen. Die Art der Verwendung, die Konzentration der Lösung ist je nach Lage des Falles eine verschiedene. Es mag in dieser Hinsicht auf die Lektüre der Originalarbeit hingewiesen werden, welche für eine Reihe von operativen Eingriffen direkte Anweisungen gibt. Ganz besonders erfreulich scheint der Ausblick für die Verwendbarkeit des Mittels bei Anästhesierung größerer Nervenstämme durch Infiltration des perineuralen Gewebes durch die unversehrte Haut, weil hier die Empfindungslähmung ohne die Abschnürung größerer Extremitätenabschnitte erzielt wird und so eine Ausdehnung der Lokalanästhesie auf viele Operationen möglich erscheint, bei denen dieselbe bisher noch nicht recht anwendbar war. Niemals hatte das Adrenalin Nachteile, stets nur Vorteile. Außerdem aber empfiehlt B. das Mittel wegen seiner gefäßverengernden, ja gefäßverschließenden Wirkung bei der Exzision

von Angiomen, die nicht an der Extremität sitzen, bei der Stillung parenchymatöser Blutungen aus Wunden und bei Hämophilen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) A. Rydygier. Die Kryoskopie des Harns nach Chloroformnarkose.

(Medycyna 1902. Nr. 37.)

Verf. hat in seines Vaters Klinik den Einfluß des Chloroforms auf die Nierenfunktion durch Kryoskopie des Harns untersucht. Die Versuche sind noch nicht beendet, und beschränkt er sich bloß auf kurze Mitteilung der vorläufigen Resultate, aus welchen erhellt, daß die Funktion bezw. Suffizienz gesunder Nieren durch Chloroform nicht alteriert wird, bei krankhaften Affektionen derselben aber sehr wesentliche Einbuße erleidet, so zwar, daß Nephritis eine Kontraindikation für Chloroform abgeben sollte. Trzebicky (Krakau).

---

3) Ph. Bockenheimer. Über Schleich'sche Wundbehandlung.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 344. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1902.)

B. gibt in dem Vortrage einen Bericht über die in der Berliner chirurgischen Universitätspoliklinik mit den Schleich'schen Präparaten gemachten Erfahrungen, der um so dankenswerter ist, als hierüber von anderer Seite, als von Schleich selbst, bisher noch nichts mitgeteilt worden ist. Der Nachprüfung unterzogen wurden Pulvis serosus, Glutol, Glutolserum und Pasta serosa und peptonata. Die ersteren beiden Präparate, bei primär genähten und aseptischen offenen Wunden angewandt, hatten den Nachteil, daß es bei stärkerer Absonderung — die von aseptischer Gaze gut aufgesaugt wird — leicht zur Ansammlung von Sekret unter dem Schorf kam. Bei Fehlen von Sekretion kam es unter dem trockenen Gazeverband ebenso rasch und sicher zur Wundheilung, wie unter dem Pulverschorf. Auch bei Heilung durch Granulationen hatten die Pulver keine Vorzüge vor vielen anderen Präparaten (Borsäure, Zinkvaseline etc.). Das Glutolserum wirkte nur bei guten Wundverhältnissen und geringer Sekretion günstig, während es bei reichlicher Absonderung infizierter Wunden und bei Höhleneiterungen die Retention begünstigte. Daß progrediente Eiterung verhindert wurde, hing nicht von seiner Anwendung, sondern von der genügenden Inzision bei phlegmonösen Prozessen ab; hier war dann aber wieder bei Glutolserumbehandlung die Übersicht über die Wunde durch die mit dem Wundsekret vermischten Glutolserummassen erschwert, die Entfernung derselben leicht von Blutungen und Gewebsschädigungen gefolgt, der Sekretretention Vorschub geleistet.

Alles in allem waren diese Präparate somit bei aseptischen Wunden überflüssig, bei infizierten kleinen Wunden irrelevant, bei

Höhleneiterungen machtlos, bei phlegmonösen Prozessen direkt gefährlich. Auch die Schleich'sche Pasta serosa führte durch ihre rasche Eintrocknung zu ähnlichen Nachteilen bei stärkerer Wundsekretion. Dagegen wirkt die Pasta peptonata, z. B. bei Unterschenkelgeschwüren, günstig, allerdings auch nicht besser, als die sonst hierbei angewandte Behandlung. Dazu kommt noch, daß die Präparate leicht eintrocknen, schwer konserviert werden können, und schließlich noch ihre große Kostspieligkeit und ihre schwierigere Anwendungsweise, so daß B. der Schleich'schen Methode einen dauernden Platz in der Wundbehandlung nicht in Aussicht zu stellen vermag.

Kramer (Glogau).

---

4) **Sava.** Das Hermophenyl und seine Anwendungen.

(Spitalul 1902. Nr. 21.)

Das Präparat hat sich als sehr brauchbar, sowohl als Antiseptikum, als auch für die Quecksilberbehandlung der Lues erwiesen. Es läßt sich verschiedenen Seifen einverleiben, ohne sich zu zersetzen, ist nicht ätzend und können damit imprägnierte Verbandstoffe ohne Nachteil bei 120° sterilisiert werden. Für antiseptische Waschungen und Verbände werden 0,5—2%ige Lösungen empfohlen.

Als Antisyphilitikum hat S. bis zu 0,30 täglich ohne Nachteil intern nehmen lassen. Subkutan ist entweder täglich 0,01 oder 0,05 alle 3—4 Tage einzuspritzen.

E. Toff (Braila).

---

5) **Credé.** Die Behandlung septischer Erkrankungen mit intravenösen Collargol- (Arg. coll.) Injektionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Bei den meisten septischen Erkrankungsfällen wird eine Schmierkur mit dem sog. Unguentum Credé genügen, allein man wird die intravenöse Injektion an deren Stelle setzen, wo die Salbe nicht anwendbar ist, weil die Haut nicht aufsaugungsfähig erscheint, oder wo die Inunktion zu schmerzhaft ist oder dann, wenn die Infektion zu schwer und virulent einsetzte, so daß die Schmierkur nicht rasch genug wirkt. Schon nach wenigen Stunden übt das lösliche in das Blut eingeführte Silber bei rechtzeitiger Anwendung bemerkbare günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden aus. Bei schwerer Erkrankung soll man die Injektion nach 8—12 Stunden wiederholen. Je schneller die Verschlechterung im Befinden eintritt, um so rascher soll man die Einspritzungen wiederholen und um so größer die Dosis wählen. Eine kumulative Wirkung tritt nicht ein. Wichtig ist die Beschaffenheit des Collargol. Die bisherigen Mängel des Präparates, seine mangelhafte Lösung, seine Veränderlichkeit etc., soll ein neues von der Heyden'schen Fabrik in Dresden-Radebeul fabriziertes und in den Handel gebrachtes Präparat vermeiden, so daß die Anwendungsfähigkeit eine ausgedehntere und sichere werden wird. Auch

die lästigen, wenn auch ungefährlichen Fröste, die das frühere erzeugt hat, sollen bei dem neuen ausbleiben. Die Technik ist eine einfache, einige Regeln für die Anwendung des Verfahrens bei dicken Leuten und Blutarmen sind besonders angeführt. Bei manchen Menschen sind andere Venen als die am Ellbogen, nämlich die des Hand- und Fußrückens und die Krampfadern besser zu füllen. Im Notfalle würde C. die Jugularis externa benutzen. Subkutan injiziert, hat die Collargollösung keine Wirkung. Unglücksfälle sind nie beobachtet worden. Verf. benutzt jetzt 2—10 ccm einer 2%igen Lösung. Die Zahl der Eitererreger nahm nach den intravenösen Injektionen stets rasch ab. Die Wirkung des Mittels ist eine rein baktericide. Die Zahl der Leukocyten blieb entweder gleich groß oder ging zurück, so daß C. nicht eine antitoxische Wirkung anzunehmen vermag. Bei leichten und mittelschweren Fällen nimmt er eine Schmierkur vor, bei schweren injiziert er das Silber in die Venen. Intravenös wurden folgende Krankheiten behandelt: Schwere Phlegmonen, Gangrän, allgemeine Sepsis, Puerperalfieber, Pyämie, septische Osteomyelitis, Polyarthritis septica, ulceröse Endokarditis, schwere Erysipele, Peritonitis, Erythema nodosum, Milzbrand und hoffnungslose Phthise. Bei der letzteren besserten sich Temperatur, Puls und Allgemeinbefinden bei vielen Pat. für einige Wochen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

6) **H. Schmidt.** Beitrag zur diätetischen und operativen Behandlung der diabetischen Gangrän, sowie der senilen und der spontanen Gangrän.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Die Arbeit erörtert zunächst die drei verschiedenen Arten der Gangrän. Bei der diabetischen Gangrän führt der chirurgische Eingriff keineswegs durchweg zum Ziel. Nach den Beobachtungen der Breslauer Klinik gibt es dabei 60% Todesfälle. Die Erfolge der antidiabetischen Kur sind sehr verschieden, und nur beim Sinken des Zuckergehaltes ist ein Erfolg vom Eingriff zu erwarten. Durch die Verminderung wird geringere Disposition für Entzündung im Anschluß an die Gangrän bedingt. Die Entzündung stellt Verf. als besonders charakteristisch(?) für die diabetische Gangrän auf. Er betont sodann, daß gerade Ödem und Phlegmone als die perniciösen Komplikationen zu betrachten seien, und wendet sich zur Frage: »wo soll man amputieren?«. Diese wird für den Diabetes durch folgenden Satz beantwortet: »Geht auf Diät der Zuckergehalt bis 0,5% herunter, so kann man eine tiefe Amputation machen, geht er nicht soweit herunter, so muß eine hohe gemacht werden«. Die lokale Behandlung zur Unterstützung der Bekämpfung der Entzündnng findet eine kurze Erwähnung. Bei seniler und spontaner Gangrän soll erst die Demarkation abgewartet werden und danach sich der Eingriff richten (tiefe Amputation).

Mitteilung von 23 Krankengeschichten und der Literatur schließen sich noch an.

Grosse (Kassel).

---

7) J. Wyeth. The treatment of vascular neoplasms by the injection of water at a high temperature.

(New York med. journ. 1902. Dezember 6.)

Verf. behandelt seit 2 Jahren vaskuläre Neubildungen verschiedener Formen (Aneurysma cirsoides, Muttermale, Naevus cavernosus) durch direkte Einspritzung von heißem Wasser (85—100° C.) in das Geschwulstgewebe; unangenehme Zwischenfälle sollen nie eingetreten, die Resultate sehr ermutigend sein. Zur Injektion verwendet Verf. Spritzen mit Metallcylindern und verschiedenen Kanülen. Die Quantität und die Hitze des eingespritzten Wassers wechselt je nach Art, Größe und Sitz der Neubildung. Das Wasser soll so heiß und in solcher Menge eingespritzt werden, daß eine Koagulation des Blutes und der Eiweißsubstanzen erzielt wird, wobei aber zu starke Hitzegrade und zu hoher Druck wegen der Gefahr der Nekrosen vermieden werden müssen; deshalb ist vielfach, insbesondere bei großen Geschwülsten, das Verfahren in mehrfachen Sitzungen vorzunehmen. Bei kleinen Geschwülsten soll Wasser von ungefähr 85° C. verwendet werden, bei Aneurysma cirsoides und größeren Gefäßgeschwülsten solches von 100° C. wobei die Spritze mit einem Bunsenbrenner in passender Weise in Verbindung gebracht wird. Es soll immer tiefe Narkose angewendet werden. Eiterung hat Verf. in einem einzigen Falle gehabt, jedoch ohne Beeinträchtigung des Endresultates. Das Verfahren erscheint nachahmenswert, jedoch muß noch die versprochene ausführlichere Publikation des Verf. genauere Angaben geben über die einzelnen Fälle und deren Heilung, sowie ganz besonders über event. Vorkommen von Rezidiven, da nach dieser Richtung hin die gegenwärtigen Ausführungen zu summarisch sind.

Scheuer (Berlin).

---

8) Matthiolius. Betrachtungen über den Stand der Kriegschirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 199.)

Sowohl der Gesamtprozentsatz der Verluste der Truppenteile, als auch das Verhältnis zwischen der Zahl der Toten zu der der Verwundeten, sowie auch das Verhältnis der Zahl der Gewehrschußwunden zu den Artillerieverletzungen und das geringe Verhältnisprozent der Verletzungen durch blanke Waffen ist in den jüngsten Kriegen nicht viel anders geworden, als es in den älteren, z. B. fridericianischen und napoleonischen Kriegen gewesen ist. Die Befunde bei den Gewehrschußwunden haben die Resultate der Schießversuche mit den modernen Gewehren und Mantelgeschossen im wesentlichen bestätigt, und klinisch hat sich gezeigt, daß auch die theoretisch gut gestellte Prognose der Schußwunden der heutigen

kleinkalibrigen Mantelgeschosse sich praktisch bewahrheitete, ja, daß die gestellten Erwartungen noch übertroffen worden sind, insoweit die frische Gewehrschußwunde als reine zu gelten hat. Nicht nur primäre Gelenkresektionen bei Gelenkschüssen, auch, was sehr überraschte, die Laparotomie bei Bauchschüssen hat sich der Regel nach entbehrlich gezeigt, und Schüsse durch die großen Arterien sind nicht immer tödlich, sondern führen zu Aneurysmen. Für Verwundetentransporte gibt Verf. zwecks Fixierung verletzter Glieder dem Gipsverband in verschiedenen Formen den Vorzug vor Holz-, Blech- etc. Schienen und Bandagen.

Zur Beurteilung der Verhältnisse bei Seegefechten fehlt uns noch die Erfahrung. Für nicht imaginär hält hier M. den Versuch, vor bevorstehender Seeschlacht die Schiffsmannschaften durch ein Bad und Anlegen reiner Kleidung für etwaige Verwundungen bezw. zwecks Verhütung von deren Vereiterung vorzubereiten, was für Feldtruppen natürlich als Utopie anzusehen ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) **M. W. Herman.** Zur radikalen Operation des Score Epithelioms der Unterlippe.

(Przegląd lekarski 1902. Nr. 36.)

Verf. rät zu gründlicher Entfernung sämtlicher Lymphdrüsen bezw. Ausräumung des ganzen Mundhöhlenbodens in jedem Falle von Krebs der Unterlippe und empfiehlt hierzu folgende Methode: Die Operation beginnt mit einem nach vorn konvexen bogenförmigen Hautschnitte, welcher 1—1$^1/_2$ cm oberhalb der Falte zwischen Hals und Unterkinngegend verläuft. Die Enden des Schnittes reichen bis über den vorderen Rand des M. sterno-cleido-mastoideus hinaus. Nach Spaltung der Haut wird dieselbe nach beiden Seiten bis über den Kieferrand und das Zungenbein freipräpariert. Am lateralen Rande der Submaxillardrüse wird die A. maxillaris erst knapp an der Carotis unterbunden und durchschnitten, und zwar beiderseits. Nun folgt die Lospräparierung der Speicheldrüse (möglichst hohe Durchschneidung ihres Ausführungsganges) und der im Fettgewebe eingebetteten Lymphdrüsen, worauf die ganze Muskulatur des Mundhöhlenbodens rein präpariert wird, so aber, daß das entfernte Fettgewebe, sowie die exstirpierten Partien des Platysma mit der Speicheldrüse in Verbindung bleiben. Auf diese Art schrittweise fortfahrend, gelangt der Operateur in die Unterkinngegend, wo aus dem Spalte zwischen den einzelnen Muskeln die Drüsen entfernt werden und die ganze Operation auf der anderen Seite in umgekehrter Richtung wiederholt wird. Auf diese Art wird das Fettgewebe mit den Drüsen in toto entfernt, wobei die präventive Ligatur der Maxillararterien eine stärkere Blutung während der Operation verhindert.

Verf. hat dieses Verfahren an Rydygier's Klinik wiederholt mit Erfolg ausgeführt. **Trzebicky** (Krakau).

---

10) **C. W. Cathcart** (Edinburgh). Ligation of the lingual artery through the mouth in excising half of the tongue.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

C. beschreibt seine Methode der Unterbindung der A. lingualis vom Munde aus behufs Ausführung einer halbseitigen Zungenexstirpation kurz wie folgt:

Der Mund wird weit geöffnet und die Zunge mit durch beide Hälften gelegte Seidenschlingen weit vorgezogen. Spaltung der Schleimhaut längs der Mittellinie des Zungenrückens, hinter der Geschwulst und zwischen Zunge und Kiefer. Spaltung der Zunge. Spaltung der Fasern des M. genio-hyo-glossus nahe der Symphysis so, daß die erkrankte Zungenhälfte weit aus dem Munde herausgezogen werden kann. Hierauf wird mit einigen vertikalen Strichen mit der Hohlsonde oder einem anderen stumpfen Instrument der vordere Rand des M. hyoglossus freigelegt. Die Hohlsonde wird nunmehr unter den Muskel geführt, nachdem die Gewebe mit der Sonde etwas getrennt sind. Durchschneidung von zwei Dritteln des Muskels auf der Hohlsonde. Sobald sich die durchschnittenen Muskelfasern retrahieren, erscheint die nur noch von etwas lockerem Gewebe bedeckte A. lingualis auf dem Boden der Wunde. Sie wird stumpf freipräpariert, doppelt unterbunden und durchschnitten. Es bleibt dann nur noch die völlige Exzision der Zungenhälfte übrig.

Als Vorzüge dieser Methode nennt C. größere Leichtigkeit der Versorgung der A. lingualis, geringere Blutung aus den kleinen Gefäßen, größere Sicherheit, daß weit im Gesunden operiert wird, Schonung der Regio submaxillaris, die eine Exstirpation der regionären Lymphdrüsen erleichtert.

C., der zwei Fälle auf diese Art operiert hat, fand die Operation leicht und sicher. An Leichenversuchen hat er festgestellt, daß auf diese Art derselbe Teil der Arteria lingualis unterbunden wird, wie bei der sonst üblichen Unterbindung im Trigonum sublinguale.

Unpraktisch erscheint mir bei dieser Methode der Umstand, daß an dem Operationsfelde vor der Unterbindung der A. lingualis doch ziemlich viele Schnitte ausgeführt werden müssen, die bei der bisher üblichen Methode erst nach der Unterbindung der Arterie gemacht werden. Daß die Blutung geringer sein soll, erscheint mir deshalb unwahrscheinlich.

Seefisch (Berlin).

---

11) **A. Schanz.** Über das Skoliosenredressement.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

Zwei Aufgaben sind bei der Behandlung der Skoliose zu erfüllen. Der Prozeß, der die Skoliose erzeugte, muß außer Wirksamkeit gesetzt und die von diesem Prozeß bewirkte Formveränderung des Rumpfskelettes beseitigt werden. Das Redressement kann von den genannten Aufgaben nur zur Lösung der zweiten etwas leisten, deshalb muß eine Skoliosenbehandlung, in welcher das Redressement

zur Anwendung gelangt, sich immer aus zwei Abschnitten zusammensetzen: erstens aus dem Redressement selbst und den sonstigen Maßnahmen zur Korrektur der Deformität und zweitens aus den Maßnahmen, welche der Austilgung des skoliosierenden Prozesses gelten. Das Redressionsresultat muß solange erhalten bleiben, bis der skoliosierende Prozeß beseitigt ist. Die Vorbereitungen zum Redressement müssen darauf ausgehen, eine möglichst hohe Redressionsfähigkeit der Skoliose herzustellen; etwa bestehende Fixation soll soweit als möglich gelöst, eine nicht fixierte Wirbelsäule muß möglichst geschmeidig gemacht werden. Bei der Herstellung der Redressionsstellung muß die Deformität in ihre Komponenten zerlegt werden und eine Überkorrektur in allen Komponenten stattfinden. Die einzige korrigierende Wirkung die auf die Wirbelsäule direkt und jede der verschiedenen Krümmungen zugleich ausgeübt werden kann, ist Zug in der Längsrichtung der Wirbelsäule; kombinieren läßt sich dieser Zug noch mit an richtiger Stelle eingesetztem Seiten- oder Rotationsdruck.

S. empfiehlt für das Redressement seinen Apparat, der vor anderen den Vorzug der Einfachheit und Billigkeit, den Nachteil, daß er eine größere Fertigkeit des Operateurs erfordert, hat. Art der Redression: Suspension am Kopf, Anschlingung der Füße und Zug an denselben; während Erhärten des Gipsverbandes Vervollständigung der Korrektur durch entsprechenden Druck. Über die Technik des Gipsverbandes ist das Original einzusehen. Das Redressement, bei welchem ernstere Zufälle sich nie ereigneten, wird nach 3—4 Tagen, und nach derselben Zeit noch 1—2mal zur Vervollständigung der Korrektur wiederholt. Der letzte Verband bleibt 3 Monate liegen, wird nur aus äußeren Gründen gewechselt unter Wiederholung des Redressement; dabei wird gleichzeitig ein Gipsbett hergestellt, in welchem Pat. bis zur Herstellung eines Dauerkorsetts liegen bleibt. Das letztere wird als Hartleder-Drellkorsett gearbeitet.

Das Gipsbett, welches S. für ein außerordentlich wertvolles Hilfsmittel für die Skoliosenbehandlung hält, kommt auch bei dem zweiten Teil der Kur neben Massage, Gymnastik und stationären Skoliosenredressionsapparaten in Anwendung. Allmählich werden die Apparate abgewöhnt, das Korsett durch ein weniger festsitzendes, meist eines Hessing'scher Konstruktion, ersetzt, dieses wieder durch eine einfache Stützvorrichtung.

Die Resultate, welche S. mit dieser Behandlungsmethode erreicht hat, sollen alle bisherigen übertreffen und bei richtiger Ausführung von Dauer sein. Eine Umformung eines nicht plastischen Rumpfskelettes ist aber auch durch das Redressement nicht zu erzielen; dagegen ist die Schwere der Deformität keine Kontraindikation. S. hält das Redressement für gerechtfertigt und indiziert, solange die Opfer, welche dasselbe an Zeit, Geld, Bequemlichkeit etc. fordert durch den Effekt ausgeglichen werden. **Langemak** (Rostock).

12) **A. Schanz.** Das Redressement schwerer habitueller Skoliosen und Kyphosen.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 51.)

Verf., von dem wir schon eine Reihe von Arbeiten aus diesem Gebiet kennen, fixiert nochmals seinen Standpunkt in der Skoliosenfrage dahin, daß er ein energisches, etappenweises Redressement für die einzig richtige Behandlung des größten Teils der habituellen Wirbelsäulenverkrümmungen hält. In relativ kurzen Intervallen wird in gestreckter (hängender) Stellung ein Gipsverband angelegt und vor seinem Erstarren eine manuelle Korrektion vorgenommen; der Verband beginnt an den Trochanteren und reicht bis um den Hals. Sobald keine Besserung mehr zu erzielen ist, wird ein Dauergipsverband für 6—12 Wochen angelegt, zu Anfang stets mit Kopfstütze. Der nunmehr erreichte Grad stellt das Endergebnis dar, das dann durch ein Hartlederbügelkorsett dauernd erhalten wird, unterstützt durch ein Gipsbett. Massage und Gymnastik verhüten dann das Eintreten eines Rezidivs und halten die Wirbelsäule beweglich.

. **Schmieden** (Bonn).

---

13) **Gluck.** Der gegenwärtige Stand der Chirurgie des Schlundes, des Kehlkopfes und der Trachea.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Mortalität der großen Kehlkopfoperationen ist seit dem Jahre 1881, wo sie noch 50% betrug, bis auf 4,5—11% herabgesunken. Dies ist dem Prinzip zu verdanken, bei diesen Eingriffen die Luftwege von der Mund- und Wundhöhle zu trennen, um so die Hauptursache der großen Sterblichkeitsziffer, die Schluckpneumonie, zu vermeiden. Man führt deswegen zu Beginn der Operation die präliminare Luftröhrenresektion und Einnähung des Luftröhrenstumpfes in ein Hautknopfloch aus. Bei sehr ausgedehnten Eingriffen, bei denen auch Rachen- und Speiseröhre zum Teil mit entfernt werden müssen, wird auch das Speiseröhrenende an die Halshaut fixiert und ein Schlauch mit Quetschhahn eingeschoben. Solchen Operationen muß nach 3 Wochen bis einem Monat oft noch eine Pharyngo- und Ösophagoplastik folgen, mit doppeltem Lappen, von denen der eine mit der Epidermisfläche nach innen gegen die Mundhöhle blickt. Nicht selten bleiben danach Luftröhrenfisteln zurück, welche ihrerseits neuen plastischen Verschluß verlangen. Fehlt der Rachen, ein großer Abschnitt der Speiseröhre, das Zungenbein, und ist eine Plastik ausgeschlossen, so verwendet G. eine Prothese, welche das Schlucken und Sprechen mit Rachenstimme ermöglicht und sich als sehr brauchbar und empfehlenswert erwiesen hat. In allen Fällen, wo die Tracheotomie bereits ausgeführt war oder wo wegen fehlender Dyspnoë eine präliminare Tracheotomie nicht dringend erscheint, zieht es Verf. jetzt vor, erst zum Schluß, nachdem der Kehlkopf mit der Luftröhre aus der Wunde hervor-

gezogen ist, am unteren Wundpol die uneröffnete Luftröhre mit Matratzennähten circulär an die Haut zu befestigen; den Schluß der ganzen Operation erst bildet das Abschneiden der Geschwulst und Trachea vor der fixierten Luftröhre, dabei braucht kein Tropfen Blut oder Sekret in die Bronchien zu fließen. Großes Gewicht ist auf eine zweckmäßige Ernährung zu legen. Was die Ausdehnung der Operation anlangt, so wurden schon mit Erfolg Vena jugularis, Carotis communis, N. vagus und M. sterno-cleido-mastoideus, omohyoideus und scaleni, sowie N. phrenicus und sympathicus einer Seite entfernt. Wichtig ist die Entwicklung der Sprache. Viele Pat. bedienen sich mit Erfolg der Pharynxstimme, andere gebrauchen Phonationsprothesen verschiedener Konstruktion, welche auch bei fehlender Kommunikation zwischen Luftwegen und Nasen-Rachenraum nach dem vom Verf. eingeführten Prinzip eine gute Sprechfähigkeit ermöglichen. In der Hauptsache handelt es sich um eine Verstärkung der Flüsterstimme. Der Erfolg der Eingriffe hängt weniger von der Ausdehnung der Krankheit als von dem Allgemeinzustand der Pat. ab. G. hat noch eine Reihe von Kranken geheilt, welche von berufenster Seite als inoperabel abgewiesen waren. Seine Erfahrungen basieren auf weit über 100 Fällen.

E. Siegel Frankfurt (a/M.).

---

14) **T. A. Korteweg** (Leyden). Foreign bedies in the lungs.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Sehr ausführlich berichtet K. über einen Fall aus dem südafrikanischen Kriege.

Verwundet war der Pat. 6 Monate vor der Operation durch Splitter einer Lydditgranate. Von den erhaltenen Verletzungen heilte eine Wunde an der rechten Brustseite am schnellsten, ohne daß Lungensymptome auftraten. Erst später trat Bluthusten und noch später eitriger Auswurf auf. Eine Untersuchung mit Röntgenstrahlen fand erst 6 Monate nach der Verwundung im Leydener Krankenhause statt und zeigte, daß ein Granatsplitter in der rechten Lunge etwa 7,5 cm von der vorderen Brustwand entfernt lag.

Die zweite und dritte Rippe wurde reseziert, doch erst bei der dritten Operation glückte es, den Splitter nebst einigen Tuchfetzen zu entfernen.

Es erfolgte völlige Heilung. Der Granatsplitter, welcher durch den zweiten Interkostalraum eingedrungen war, wog 42 g.

Seefisch (Berlin).

---

15) **A. Sokołowsky.** Inwiefern kann durch Trauma die Entwicklung der Lungenphthise veranlaßt werden?

(Gaz. lekarska 1902. Nr. 28.)

Auf Grund eines genauen Studiums der Literatur und eigener reichlicher Erfahrung gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Trauma des Brustkorbes und Lungenphthise ist mit präziser Sicherheit nicht nachweisbar. In der großen Mehrzahl der Fälle handelt es sich um bereits vor dem Unfalle mehr oder weniger latent verlaufene destruktive Lungenprozesse.

2) In einer ganz geringen Zahl von Fällen wäre ein ätiologischer Zusammenhang derart anzunehmen, daß die durch das Trauma bedingte Schädigung des Lungengewebes bei hierzu disponierten Individuen namentlich unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen zur Entwicklung eines chronisch entzündlichen Prozesses mit tuberkulösem Charakter führen könnte.

3) Dagegen kann nicht geleugnet werden, daß durch ein Trauma des Brustkorbes eine bereits bestehende Lungenphthise oft sehr ungünstig beeinflußt werden kann. **Trzebicky** (Krakau).

---

16) **C. Beck.** Exploratives Prinzip und Technik beim sekundären Brustschnitt.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Schede'sche segensreiche Operation veralteter Empyemhöhlen gipfelt in der Freilegung der Höhle durch einen Schnitt, welcher von der vierten Rippe bogenförmig nach abwärts bis zur hinteren Axillarlinie in der Höhe der zehnten Rippe und dann wieder im Bogen an der medialen Seite des Schulterblattes emporführt. Nach Ansicht des Verf. bedürfen nun aber die meisten Fälle eines so typischen und sehr eingreifenden Verfahrens nicht. Der Eingriff soll sich jedem Falle anpassen, und der Operationsplan soll erst während der Operation selbst festgestellt werden. Die Methode B.'s besteht darin, daß man als Einleitung die Rippe, welche nach oberflächlicher Schätzung in der Mitte des Höhlendaches liegt, ohne Rücksicht auf die bestehende Pleurafistel reseziert. Die unter dem exstirpierten Rippenstücke gelegene Pleura wird dann quer durchtrennt, und durch seitliche Exzision gewinnt man Raum zur Betrachtung und Betastung der Höhle. Ist diese klein, so kann man von dem einen Querschnitt aus die nächsten 2—3 Rippen entfernen und dann die Kostalpleura entsprechend exzidieren. Bei größerer Ausdehnung durchschneidet man in gleicher Weise ein Rippenstück nach dem anderen, nachdem man immer erst durch Tastung sich über die wahrscheinliche Länge des jeweils zu entfernenden Stückes vergewissert hat. Da die Weichteilablösung damit Schritt hält, entsteht zu guter Letzt ein sehr unregelmäßig gestalteter Lappen. Man soll aber der Form desselben keine besondere Beachtung schenken, sondern diese der Form der Höhle unterordnen. Auf Kreuz- und Querschnitte kommt es also nicht besonders an. Erweist sich das Schulterblatt im Wege, so wird ein entsprechender Teil reseziert. Für die Resektion der die Spitze des Rippenfellraumes deckenden Rippenkuppel, welche durch die Schede'sche Operation gar nicht

berührt wird, empfiehlt B. folgendes Verfahren: Man führt bei rechtwinklig erhobenem Arm hart am unteren Rande des Pectoralis major einen Querschnitt, welcher nahe dem unteren Ende des vorderen Deltoidesrandes endet. Die Muskulatur wird dann nach oben präpariert bis die Achselhöhle freiliegt und das Gefäßbündel zusammen mit den dicken Muskelschichten durch Haken nach oben gezogen. Wenn nötig sind beide Brustmuskeln seitlich einzukerben. Nun werden die Rippen der Indikation entsprechend reseziert. Erweist sich der Zugang zur ersten Rippe dabei als sehr erschwert, so reseziert man vorher das Schlüsselbein. Auch die Schwarten der Pulmonalpleura sollen entfernt werden, aber nicht methodisch wie nach Delorme und Fowler, sondern nur dort, wo sich nach der Explorativresektion die Notwendigkeit herausstellt, und dann nur als Supplement zur Resektion der Kostalpleura. Verf. empfiehlt die Übertragung dieses Prinzips auch auf die Behandlung der Lungenabszesse bei Fällen, in denen die anderen Methoden, speziell die Probepunktion, keine Auskunft geben, als exploratorische Pleura- und Pneumotomie. Großen Wert legt B. auf eine gymnastische Nachbehandlung. Zu diesem Zwecke empfiehlt er vor allem Hanteln und Trompetenblasen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

17) **M. Boureau.** Le massage du coeur mis à nu.

(Revue de chir. XXII. Jahrg. Nr. 10.)

Die Arbeit stellt die hierher gehörigen experimentellen Untersuchungen und die von chirurgischer Seite mitgeteilten Fälle von Massage des freigelegten Herzens zur Wiederbelebung scheintoter Chloroformierter zusammen und kommt zu dem betrübenden Schluß, daß man vorderhand besser tue, beim Menschen von weiteren nutzlosen Versuchen abzustehen. Vorerst möge man den Physiologen überlassen festzustellen, wie lange überhaupt ein durch Chloroform gelähmtes Herz noch wiederbelebungsfähig sei.

Wenngleich auch die Prus'schen Erfolge bei Hunden ermutigten, ebenso wie der Fall von Tuffier, wenngleich man ferner gegen die meisten bisherigen Versuche der Chirurgen einwenden müsse, daß sie bei Freilegung des Herzens vom Thorax her notgedrungen die schwere Schädigung des Pneumothorax noch herbeiführten, so haben zwei neuere Beobachtungen von Mauclaire und Poirier, welche, den von ihnen empfohlenen Weg durchs Zwerchfell nehmend, doch erfolglos blieben, auch diesen Einwand entkräftet.

Vorläufig beschränke man sich daher auf künstliche Atmung und Zungentraktionen. **Christel** (Metz).

Kleinere Mitteilungen.

18) Sanitätsbericht über die kgl. preußische Armee, das XII. (kgl. sächsische) und das XIII. (kgl. württembergische) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1899 bis 30. September 1900. Bearbeitet von der Medizinalabteilung des kgl. preußischen Kriegsministeriums. Mit 35 Karten und 9 graphischen Darstellungen.

Berlin, E. S. Mittler & Sohn, 1902. 206 S. Text und 167 S. Tabellen.

Der vorliegende Bericht enthält wiederum eine Fülle auch für den Fachchirurgen wertvollen Materials, aus welchem hier nur das Wichtigste und Interessanteste gebracht werden kann. Im Referat halten wir uns an die Gruppen des Rapportschemas, nach welchem im Sanitätsbericht die Krankheiten etc. abgehandelt werden, indem wir bei den einzelnen Krankheitsgruppen auf die wichtigsten Operationen der am Schlusse des Berichtes stehenden Operationstabelle eingehen.

Von den 8 Erkrankungen an Starrkrampf (Trismus, Tetanus) endigten 6 tödlich; die 2 geheilten waren mit Antitoxin behandelt, von den 6 Gestorbenen erhielten 2 kein Antitoxin, da sie, mit schweren Krankheitserscheinungen aufgenommen, sehr bald verstarben. Es wurden 250 Immunisierungseinheiten kurz nach Ausbruch des zwischen dem 6. und 8. Tage nach den Verletzungen eingetretenen Starrkrampfes subkutan eingespritzt, meist in mehrfacher Wiederholung.

Bösartige Geschwülste wurden 29mal beobachtet; 19mal handelte es sich um Sarkom, 4mal um Krebs, 5mal um Strahlenpilz, 1mal ließ sich die Art der Neubildung nicht feststellen. Ein Mandelsarkom entwickelte sich im Anschluß an eine Mandelentzündung; der Fall endigte tödlich. Besonders schnell zum Tode führten 2 Fälle von Sarkom des Mittelfells.

Unter den zugegangenen 83 Fällen von Krankheiten des Gehirns befanden sich 8 Gehirngeschwülste und 4 Eiterherde im Gehirn; 2 der letzteren entstanden im Anschluß an eitrigen Mittelohrkatarrh. Da der Sitz der Geschwülste nicht genau lokalisiert werden konnte, mußte von einer Operation abgesehen werden.

Über 177 Gehirnerschütterungen = 0,34‰ ist rapportiert, die meist durch Fall vom Pferde oder beim Turnen verursacht waren, und von welchen nur 2 tödlich endeten.

Recht häufig mußte wegen Empyem der Brusthöhle operiert werden; 102mal wurde der Bruststchnitt ausgeführt, und zwar 95mal mit, 4mal ohne Aussägung eines Rippenstückes; bei einem anfangs mit Bülau'scher Aspirationsdrainage behandelten Kranken mußte später der Brustschnitt mit Rippenresektion ausgeführt werden.

Operationen wegen verkäster Lymphdrüsen am Halse wurden oft ausgeführt. Von Interesse ist ein Fall, in welchem heftige Unterleibsbeschwerden bestanden und bei der Laparotomie als einziger Grund dafür eine kleinfaustgroße, durch Tuberkulose verursachte Anschwellung einer Mesenteriallymphdrüse angetroffen wurde.

Wegen durch Kropf verursachter Beschwerden gingen den Lazaretten 52 Kranke zu, von welchen 32 im Dienst bleiben konnten. In einem Falle mit heftigen Atembeschwerden, wie in einem zweiten mit eitriger Strumitis wurde durch Operation Heilung erzielt.

Von 853 wegen Unterleibsbruch in den Lazaretten aufgenommenen Leuten unterzogen sich 11 freiwillig einer Operation, die nach Bassini und Kocher ausgeübt wurde; 9 von ihnen wurden durch die Operation dienstfähig. Wegen eingeklemmten Bruches wurde 9mal operiert, 7mal trat hierdurch wieder Dienstfähigkeit ein. 7mal konnte die Einklemmung unblutig beseitigt werden.

Innerer Darmverschluß ist 12mal beobachtet worden, 3mal wurde operiert. Unter den 3 Operierten bietet ein Fall besonderes Interesse. Wegen Gallertkrebs des Querdarmes war zunächst ein künstlicher After gebildet und nach 2 Monaten vermittels Murphykopfes eine Anastomose zwischen Querdarm und S romanum hergestellt worden. Nach 3 Monaten war eine erneute Öffnung der Bauchhöhle nötig, da die Verbindung der Därme allmählich undurchgängig geworden war. Es stellte sich bei der Operation heraus, daß die Verbindung durch Verwachsungen zu einem schmalen Schlitz verzogen war, und eine neue Anastomose angelegt werden mußte. Der Mann starb später an Erschöpfung.

832 Blinddarmentzündungen = 1,6 ‰ wurden beobachtet; gestorben sind hieran 21 Mann, 613 wurden wieder dienstfähig, 172 gingen als Invalide ab, in Behandlung verblieben 78. 18mal war die Blinddarmentzündung mit eitriger Bauchfellentzündung kompliziert, von 11 deswegen Operierten konnte nur einer gerettet werden. Bei abgekapselten Abszessen ist 31mal operiert worden, bis auf 4 tödlich endigende Fälle trat hierdurch Heilung ein. Bei 57 zugegangenen Bauchfellentzündungen, die nicht durch Appendicitis bedingt waren, wurde 5mal operiert; von den Operierten starben 4, einer blieb am Leben.

Unter den 47 Krankheiten der Leber finden wir einen Blasenwurm dieses Organs, der durch Operation beseitigt wurde.

Unter den Krankheiten der Nieren interessieren 6 Fälle von Nierenbluten, welches 4mal durch Trauma, 1mal durch Pyelitis hervorgerufen wurde und 1mal ohne zu deutende Ursache als paroxysmales Blutharnen anfallsweise eintrat. Durch die subkutane Einspritzung von 200 ccm einer 2,5 %igen Gelatinelösung wurde einmal eine prompte Beseitigung des Blutharnens gesehen. Wegen Nierensteinkolik und Hydronephrose wurde je einmal die Operation mit Erfolg ausgeführt.

Erfreulicherweise ist wiederum eine deutliche Abnahme der venerischen Krankheiten in der Armee zu erkennen. Es gingen zu 9625 = 18,5 ‰, während im vorhergehenden Bericht über 10218 = 19,9 ‰ rapportiert wurde. In demselben Zeitraume, in welchem in der deutschen Armee 18,5 ‰ venerische Krankheiten vorkamen, sind in der österreichischen 64 ‰, in der englichen Landarmee 122,4 ‰ vorgekommen.

Auch die Zahl der Panaritien hat gegen die Vorjahre abgenommen, während bei den Zellgewebsentzündungen eine geringe Zunahme zu verzeichnen ist. Bei einem Manne trat im Anschluß an Panaritium eine allgemeine Infektion mit Gelenkschwellungen und Endokarditis ein. Im Gefolge der Zellgewebsentzündung trat 3mal der Tod durch Septikopyämie ein.

Recht zahlreich waren wieder die Zugänge an Fußgeschwulst, 15104 Fälle = 29,0 ‰; diese Anzahl wird noch dadurch erhöht, daß ein Teil der Erkrankung an Fußgeschwulst unter der Rapportnummer 173 »Knochenbrüche des Fußes« zu finden ist. Mit der immer weiter durchgeführten Einrichtung von Röntgenapparaten in den Lazaretten wird es sich nach und nach ermöglichen lassen, daß die Diagnose »Fußgeschwulst« aus dem Berichte mehr und mehr schwindet und statt ihrer Knochenbruch der Mittelfußknochen oder Knochenhautentzündung der Mittelfußknochen gemeldet werden wird.

Über Exerzier- und Reitknochen ist 28mal rapportiert; in 8 Fällen wurden dieselben durch Operation entfernt, in 11 Fällen gingen die Erkrankungen unter hydropathischen Umschlägen und Massage soweit zurück, daß ohne Operation Dienstfähigkeit eintrat.

Das Krankheitsbild des federnden oder schnellenden Fingers findet sich im Bericht 5mal; 4mal wurde Heilung durch Spalten der Sehnenscheide erzielt, einmal trat Heilung durch Strecken des Fingers in Chloroformnarkose mit nachfolgender Schienung und Massage ein. Dieser letztere Fall wurde als auf neurasthenischer Grundlage entstanden bezeichnet.

Unter der Gruppe »Quetschungen und Zerreißungen« finden sich einige recht schwere Verletzungen. Außer schweren Quetschungen der Brust, bei welchen 7mal die Lunge nachweisbar verletzt war, kamen mehrfache Quetschungen des Bauches vor, die 1mal Zerreißung der Leber, 1mal Zerreißung der Milz —

durch Exstirpation der Milz geheilt —, 5mal Darmzerreißungen im Gefolge hatten. 4mal wurde der verletzte Darm freigelegt und die Darmresektion ausgeführt, nur in einem Falle jedoch konnte Heilung erzielt werden. Eine Folge von Pfählungsverletzung waren 2 Harnröhrenzerreißungen — durch Operation geheilt — und 2 Verletzungen des Mastdarmes; nach den letzteren blieb in jedem Falle eine Mastdarm-Harnröhrenfistel zurück.

Knochenbrüche gingen im Ganzen 3212 = 6,2‰ zu, am häufigsten vertreten waren die Brüche des Fußes infolge der vielen Brüche der Mittelfußknochen; es folgen an Häufigkeit die Unterschenkelbrüche, dann die des Vorderarmes, hierauf die der Hand und des Schlüsselbeines. Unter den 82 Oberschenkelbrüchen finden sich auffallend viel Schenkelhalsbrüche; das Verhältnis der Brüche des Schaftes zu denen des Halses ist ungefähr 3 : 1. Unter den ausführlicher beschriebenen Knochenbrüchen des Kopfes sind 46 Brüche des Hirnschädels, und zwar 23 des Schädelgewölbes und 23 des Schädelgrundes verzeichnet.

Die Zahl der Verrenkungen hat gegen die Vorjahre abgenommen; am meisten befallen war das Schultergelenk, dann das Ellbogengelenk. An seltenen Verrenkungen kam einmal eine totale Verrenkung des Schienbeines im Kniegelenk nach vorn, einmal eine Verrenkung des Kahnbeines unter den Sprungbeinkopf vor; in letzterem Falle konnte nur durch eine Operation Heilung erzielt werden.

Viel Interessantes bieten die Schußverletzungen; einschließlich der Selbstmorde ist über 375 Schußverletzungen berichtet worden. Schußverletzungen kamen vor durch Granaten, Shrapnels etc. 6mal, durch scharfe Gewehr- und Karabinerschüsse 72mal, durch scharfe Revolver- und Pistolenschüsse 58mal, durch scharfe Zielmunition, Teschin- und Flobertgeschosse 47mal, durch Platzpatronen aus dem Gewehrlauf 113mal, durch Platzpatronen infolge freier Explosion 12mal. Schrotschüsse wurden 10mal, Verletzungen durch abgesprengte Geschosse 7mal, Wasserschüsse 1mal, Verletzungen durch Explosion von Geschossen, Gewehren etc. 46mal beobachtet. Fast zwei Drittel sämtlicher scharfen Gewehr- und Karabinerschüsse waren durch Selbstmorde bezw. Selbstmordversuche bedingt. Unter den Unglücksfällen ist ein Fall von Interesse, in welchem ein Geschoß (Modell 88) auf dem Scheibenstande auf 150 m einen Dragoner durch Brustschuß auf der Stelle tötete, dann in der Kehlgegend eines zweiten Dragoners eindrang und nach seitlichem Durchbohren der Wirbelsäule den Körper oberhalb der Schulterblattgräte wieder verließ. Auch der zweite Mann starb nach 20 Stunden. Nicht allein die Gewehrschüsse mit scharfen Patronen, sondern auch die aus nächster Nähe abgegebenen Schüsse mit Platzpatronen riefen hochgradige Zertrümmerungen des Schädels und Gehirns hervor. Bei Platzpatronen nahm die Schwere der Verletzung sofort ab, sobald die Mündung des Gewehres etwas weiter vom Körper abgehalten wurde. Denn das Holzgeschoß der Platzpatrone zerspringt bereits auf 1 m Entfernung. In einem Falle, in welchem sich ein Mann mit seinem durch Platzpatrone geladenen Karabiner in den Mund geschossen hatte, lag die Schädeldecke, vollkommen abgesprengt, in mehrere Stücke zersprengt 3 m von der Leiche entfernt, während das zertrümmerte, aus der Schädelhöhle geschleuderte Gehirn unmittelbar neben der Leiche gefunden wurde. Ein Mann hatte sein Gewehr M. 88 mit einer scharfen Patrone geladen, den Gewehrlauf mit Wasser gefüllt und den Schuß gegen die Stirn abgegeben. Auch hier fand eine völlige Zertrümmerung der Schädeldecke und des Gehirns statt.

Die Absicht, sich durch Selbstverstümmelung dem Militärdienst zu entziehen, wurde von 2 Soldaten dadurch erreicht, daß sie sich mit einem Messer je einen Finger der rechten Hand so erheblich verletzten, daß Steifheit des betreffenden Fingers eintrat.

Zum Schluß des Berichts finden wir die Operationstabelle mit einer stattlichen Anzahl von größeren Operationen. Unter diesen waren 18 Eröffnungen des Schädels, 57 Ohrenoperationen — mit 47 Aufmeißelungen des Warzenfortsatzes —, 20 Augenoperationen, 24 Laparotomien, 42 Operationen bei Blinddarmentzündung, 20 Bruchoperationen, 28 Knochenresektionen, 29 Amputationen, 12 Exartikulationen, 20 Geschwulstausschälungen. **Herhold** (Altona).

19) H. Schüssler. Klinische Mitteilungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

S. teilt zwei interessante Krankengeschichten mit; die erste enthält eine 18 Jahre dauernde Beobachtung eines jetzt 74jährigen Herrn mit einem Speiseröhrendivertikel, das sich in dieser Zeit um das Dreifache vergrößert hat, ohne daß die Beschwerden dadurch gewachsen wären. Die hauptsächlichsten Schmerzen treten ein, wenn das Divertikel leer ist; sie vergehen aber sofort nach dem Genusse von einem Schlucke kalten Wassers.

In dem zweiten Falle handelt es sich um eine intrakapsuläre Meißelresektion des Hüftgelenkes, die wegen eines heftigste Schmerzen verursachenden Knochenwalles ausgeführt wurde, welcher sich nach einer eingekeilten Schenkelhalsfraktur gebildet hatte. Der Eingriff führte zur Befreiung des Pat. von seinen Beschwerden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

20) D. Galian. Quetschwunde des Kopfes und cerebrale Hämorrhagie ohne Verletzung des Cranium.

(Spitalul 1902. Nr. 21.)

Ein 23jähriger, sonst ganz gesunder Bursche erhielt im Laufe einer Schlägerei einen Hieb mit einem Eisenstücke auf die rechte Parietalgegend und stürzte augenblicklich tot nieder. Bei der Autopsie wurde zwar eine bis auf den Knochen reichende, 5 cm lange Hautwunde der getroffenen Schädelgegend gefunden, doch war das knöcherne Kopfgerüst vollständig unverletzt. Trotzdem bestand ein reichlicher Bluterguß im rechten Hirnventrikel. Verf. ist der Ansicht, daß der Verletzung vorangegangene Trinkexzesse durch die hervorgerufene Hirnkongestion ein prädisponierendes Moment für die stattgehabte Gefäßruptur abgegeben haben.

E. Toff (Braila).

21) v. Angerer. Über die Extraktion von Kugeln aus der Schädelhöhle.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

In der Münchener chirurgischen Klinik wird in Bezug auf die Behandlung frischer penetrierender Schußverletzungen des Schädels in gleicher Weise verfahren, wie es v. Bergmann wiederholt eindringlich empfohlen hat, d. h. es wird die Umgebung des Einschusses desinfiziert und die Wunde durch einen Verband ohne jegliche vorausgegangene Sondierung verschlossen. Nur eine Blutung aus der Art. meningea media mit Hirndruckerscheinungen oder lokalisierte Lähmungen der motorischen Region indizieren ein primäres operatives Vorgehen. Erst im weiteren Verlauf auftretende andauernde schwere Folgeerscheinungen können die Entfernung des Geschosses, sofern durch die Extraktionsversuche nicht neue Schädigungen des Gehirns, neue Störungen in den Leitungsbahnen verursacht werden würden, wünschenswert und notwendig machen. 2 mitgeteilte Fälle dieser Art, in denen durch die Röntgenphotographie die Geschosse, einmal im Sinus frontalis und an der Basis des Stirnlappens, im anderen Falle nach der Stammschen Methode auf dem Dache der Orbita nachgewiesen waren, wurden von v. A. mit vollem Erfolge operiert.

Kramer (Glogau).

22) T. Struppler. Zur Kenntnis der rhinogenen purulenten Meningitis und Cerebrospinalmeningitis. (Aus der I. med. Klinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 45.)

Die vom Verf. mitgeteilten 3 Fälle von rasch tödlich verlaufener Meningitis waren dadurch bemerkenswert, daß die die Meningealeiterung veranlassende Eiterung der einen bezw. beider Highmorshöhlen, im letzten Falle auch der Siebbeinhöhle, völlig latent geblieben und erst bei der Obduktion nachgewiesen worden war.

Kramer (Glogau).

23) **T. Zalewski.** Ein Fall von pericerebralem Abszeß nasalen Ursprunges.

(Przegląd lekarski 1902. Nr. 51.)

Eine 56jährige Frau wurde wegen einer Fistel auf der Stirn in Rydygier's Klinik aufgenommen. Die Anamnese ergab, daß sich vor 4 Wochen oberhalb der linken Augenbraue ein bohnengroßes Knötchen gebildet hatte, nach dessen Insision sich Eiter entleerte. Die Inzision ist bis auf eine Fistel geheilt, aus welcher sich stets Eiter entleert. Durch die unterhalb des linken Stirnhöckers befindliche Fistel gelangt die Sonde etwa 1 cm weit nach dem Cavum cranii. In der Nase ein großer Polyp. In Narkose wurde die Fistelöffnung durch Entfernung eines kronengroßen Knochenstückes erweitert, wodurch es klar wurde, daß die Fistel durchaus nicht, wie angenommen wurde, in den Stirnsinus, sondern die Schädelhöhle führte und die Sonde bis zum Hahnenkamme des Siebbeines gelangte. Die harte Hirnhaut war perforiert, und der Eiter befand sich sowohl extra- wie intradural. Die Sekretion des Eiters hörte nach einiger Zeit auf, und es erfolgte volle Heilung. Verf. ist der Ansicht, daß die Eiterinfektion in diesem Falle von der Nase aus erfolgt war. **Trzebicky** (Krakau).

24) **D. G. Gorochow.** Sieben Fälle von angeborenen Hirnbrüchen (Cephalomen) im Moskauer Sophienhospital für Kinder.

(Medicinskoje Obosrenje 1902. Nr. 24.)

In 5 Fällen handelte es sich um Cephalomata sincipitalia; 2 wurden osteoplastisch nach Lyssenkow operiert und heilten; 2mal wurde der Defekt im Knochen mit den Nasenbeinen geschlossen, beide gingen an Meningitis zugrunde (Infektion von der Nase aus); im letzten Falle — Bruch ebenso groß wie der Kopf — mußte die Operation rasch beendet werden und wurde die Öffnung durch Zusammenziehen des Periosts geschlossen. Heilung. — Beim 6. Pat. fand man an der Stelle des vorderen Hirnbruches ein Lymphangiom mit Gliagewebe; kein Loch im Knochen. Heilung. Im 7. Falle hatte der 9 Tage alte Knabe eine Hernia occipitalis; Bruchhals 30 cm im Umkreis messend, Umfang des Bruches 25 cm. Als unoperierbar abgewiesen. — Schlußfolgerungen: Man muß möglichst früh operieren, strenge Asepsis innehalten; Hautschnitt besser horizontal. Die Größe des Bruches hängt meist von der Größe des Knochendefektes ab. Je mehr Gliomgewebe im Defekt und an dessen Rändern liegt, desto kleiner die Knochenöffnung. Knochendefekte, die auf Kosten des Tränen- und Siebbeines gebildet waren und die Nasenbeine weit dislozierten, gaben schweren Verlauf nach der Operation (beide gestorben). Bei Defekten an der Glabella oder daneben ist die Methode von Lyssenkow geeignet; bei Defekten unter dem Nasenbeine müssen die letzteren und die Stirnfortsätze der Oberkiefer zur Plastik benutzt werden. Im Fall 5 (kopfgroßer Bruch) wurde die Flüssigkeit im Bruche durch Anlegen einer Darmklemme am Bruchsackhalse vom Schädelinhalte isoliert; diesem Umstande schreibt Verf. den guten Verlauf zu. — 3 Figuren veranschaulichen den eben erwähnten Fall vor und nach der Operation, sowie den Bau des Bruches.

Gückel (Kondal, Saratow).

25) **R. Porges.** Zur Technik der heteroplastischen Deckung von Schädeldefekten.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 50.)

P. teilt einen sehr schönen Heilerfolg bei einer alten Schädelkaries mit. Er entfernte zunächst absolut im Gesunden den kranken Knochen und legte die von fungösen Granulationen bedeckte Dura weit im Gesunden frei. Nach Jodoformierung der Wunde deckte er den Defekt durch Zusammenziehen der Haut einschl. Periost; vorher aber überbrückte er die 7 : 5 cm große Knochenlücke durch zwei Celluloidstreifen, die er beiderseitig in die Diploe des Knochens einfalzte und dadurch unverschieblich festlegte. Außer der Fixierung liegt gegenüber einer runden Celluloidplatte der Vorteil in einer ausgiebigen Drainage, die bei der

tuberkulösen Natur des ursprünglichen Krankheitsprozesses wünschenswert war. — Die in einer Sitzung durchgeführte Operation führte nach kurzer Drainage zu völliger, idealer Heilung; nach 4 Monaten war vom Periost aus eine feste knöcherne Verschlußplatte entstanden. **Schmieden** (Bonn).

26) **H. Waitz.** Die Rhinoplastik aus dem Arme.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

W. hat bei zwei Pat., bei denen durch Lupus die Nasenflügel, die Nasenspitze und in einem Falle auch das knorpelige Septum zerstört waren, gute Resultate durch Nasenbildung aus dem Arme erzielt. Er hat den Lappen jedesmal fertig gebildet, schrumpfen lassen und durch Thiersch'sche Transplantation überhäutet, so daß bei der nach 3 resp. 2 Monaten erfolgten Überpflanzung keine Veränderung mehr eingetreten ist. In der Vorbildung des Lappens, auf die schon Tagliacozza besonderen Wert gelegt hat, liegt der Hauptvorteil dieser Methode. Der Nachteil der langen Dauer wird dadurch etwas ausgeglichen, daß während der Bildung des Lappens aus dem Arme ambulante Behandlung durchführbar ist. In dem ersten Falle hat wahrscheinlich die Einpflanzung eines Knochenstückchens nach Israel zur Vervollkommnung des Resultates beigetragen.

Die Einzelheiten der Technik, welche sich etwas von dem Küster'schen und Israel'schen Verfahren unterscheidet, gehen aus den beigefügten Krankengeschichten hervor.

Die Qualen der Fixation des Armes an das Gesicht hält Verf. für überwindlich, namentlich wenn man den Lappen von der radialen Seite nimmt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

27) **H. Haeckel.** Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Erkrankung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Arbeit enthält die ausführliche Krankengeschichte eines 21jährigen jungen Menschen, bei dem sich ein Vierteljahr nach einer Quetschung der Nierengegend und Kontusion der Wirbelsäule, aber wohl ohne Zusammenhang damit, eine symmetrische Schwellung der Tränendrüsen, der Ohr- und submaxillaren Speicheldrüsen entwickelte, ohne daß im Blute Veränderungen bestanden. Unter dem Auftreten einer heftigen Enteritis gingen die Drüsenschwellungen zweimal zurück, um nach Ablauf dieser Erkrankung jedesmal neu aufzutreten. Nach der ersten Enteritis blieben aber ausgedehnte umschriebene Infiltrationen der Haut, wie sie bei Pseudoleukämie bestehen, zurück. 4 Monate nach dem Beginne des Drüsenleidens starb der Kranke, und bei der Autopsie fand sich neben der Erkrankung der beschriebenen Drüsen eine stark vergrößerte Milz, Sugillationen in verschiedenen Organen und zahlreiche Geschwüre im Dickdarme.

Die symmetrische Schwellung der Tränen- und Speicheldrüsen kommt sowohl als idiopathische Krankheit für sich vor, wie sie in einer anderen Reihe von Fällen in naher Beziehung zur Leukämie steht. Der Pat. des Verf. bot insofern Abweichungen von den übrigen bekannten Fällen dar, als sich bei ihm das Leiden mit schwerer ulceröser Enteritis vergesellschaftete, als in kurzer Zeit zweimal An- und Abschwellung der Drüsen eintrat, und als ferner eine Kombination mit pseudoleukämischen Hautinfiltraten bestand. H. schließt sich der Ansicht v. Mikulicz' an, daß die Krankheit durch einen infektiösen Prozeß bedingt sei, und glaubt, daß gerade der vorliegende Fall mehr noch als alle bisher publizierten für die Wahrscheinlichkeit dieser Theorie spreche. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

28) **D. G. Gorochow.** Behandlung der buccalen Kieferkontraktur mit Autoplastik.

(Chirurgie 1902. Dezember. [Russisch.])

Bei einem 3jährigen Knaben entstand nach einem Abszeß in der Wange eine Verwachsung derselben mit den Alveolärfortsätzen und Kieferklemme. Operation

nach **Praxin**: Spaltung der Wange vom Mundwinkel bis zum Vorderrande des Masseter, Trennung der Verwachsungen und Deckung der Wange von innen mit einem vom Halse entnommenen Hautlappen; Stiel oben unter dem Ohre. Nach der Operation Masern mit Pneumonie. Durch Nachoperation wurde die Öffnung für den Hautstiel geschlossen. Beim Austritt aus dem Hospitale konnten die Zähne 1,5 cm weit auseinander gebracht werden. **Gückel** (Kondal, Saratow).

29) **Schulte.** Isolierter Bruch des Dornfortsatzes des 3. Lendenwirbels durch Muskelzug.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 9.)

Ein Kanonier verspürte beim Turnen nach dem Aufspringen auf den Bock, wobei er sich rücklings stark überbog, sofort einen heftigen Schmerz in der Lendengegend. Nach der Aufnahme ins Lazarett stellte sich bald hohes Fieber mit Pulsbeschleunigung ein, und wurde nach 14 Tagen links neben der Lendenwirbelsäule ein Abszeß eröffnet, in welchem das 1,5 cm lange und ebenso breite vom Dornfortsatze des 3. Lendenwirbels abgebrochene Knochenstück lag. Der Verletzte ging unter den Erscheinungen der Pyämie zugrunde. Bei der Obduktion fanden sich in den verschiedensten Organen Eiterherde. Verf. ist der Ansicht, daß hier der seltene Fall von Dornfortsatzbruch durch Muskelzug vorliege, zu welchem sich eine infektiöse Osteomyelitis des Dornfortsatzes hinzugesellte.

Herhold (Altona).

30) **Sargnon.** Un cas de sténose cicatricielle laryngée et staphylo-pharyngée du tubage dans les sténoses fibreuses du larynx.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 45.)

Im Anschlusse an einen Fall von extragenitaler, durch Benutzung von Trinkgeschirr erworbener Syphilis erörtert Verf. ausführlich die Indikationen für Anwendung der Intubation bei narbigen Stenosen der oberen Luftwege. Hier lag 4 Jahre nach der Infektion eine Verwachsung von Gaumen und hinterer Rachenwand, sowie eine solche oberhalb der Stimmbänder zwischen den Aryknorpeln vor. Bei sehr engen Stenosen rät Verf., das Hindernis vor der Intubation zu inzidieren; kontraindiziert sei ihre Verwendung bei nervösen Leuten, wenn schwere Hindernisse des Rachen- und Kehlkopfeinganges vorlägen, sowie bei tiefen Trachealstenosen. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

31) **C. Martin.** Larynx artificiel.

(Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1902. September.)

In einer kurzen historischen Übersicht über die mannigfachen, von **Gussenbauer** bis auf **Julius Wolff** angestellten Versuche, einen künstlichen Kehlkopf anzufertigen, betont Verf. als Hauptmangel, daß bis jetzt der Pat. stets zum Essen und Trinken die Tonkanüle entfernen und das Rachenrohr mit dem v. **Bruns**'schen Verschluß verstopfen mußte. M. beschreibt einen von ihm erfundenen Apparat, der frei von diesem Mißstande sei. Wesentlich ist, daß das Eindringen fester und flüssiger Bestandteile in den Kehlkopf, sowie eine Ansammlung von Flüssigkeit in der Umgebung des Apparates vermieden wird. Das Einsetzen des verhältnismäßig umfangreichen künstlichen Kehlkopfes ist dadurch ermöglicht, daß Verf. unmittelbar nach der Operation eine in ihrer Stärke dem entfernten Kehlkopfe gleichende Prothese einsetzt, welche die Narbenkontraktur hindert; nach völliger Vernarbung erfolgt die Einsetzung des definitiven Apparates. Derselbe besteht aus einer Luftröhrenkanüle, auf der mit Hilfe eines Ringes der Sprechapparat befestigt ist; dieser hinwiederum setzt sich aus einer Resonanztrommel, einem vibrierenden Mundstück und einer Röhre für die Speiseröhre zusammen. Näheres vergleiche im Original.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).



32) **C. Springer. Echinokokkus der Pleura. (Rippenresektion, Abstoßung des Sackes in toto.)**

(Zentralblatt für Kinderheilkunde 1903. Nr. 1.)

In der chirurgischen Abteilung des K. F. J.-Kinderspitales in Prag, Prof. Dr. C. Bayer, wurde im Oktober 1901 ein 11jähriger Knabe nach 5 Jahre lang bestehender Krankheit aufgenommen, die sich in Schüttelfrost, Fieber, Schmerzen im rechten Hypochondrium äußerte, 2 Tage anhielt und etwa alle halbe Jahre wiederkehrte. Später gesellte sich zu diesen Anfällen Erbrechen hinzu, und es war eine Dämpfungszone über den letzten Rippen rechts hinten und eine Senkung der Leber vorn nachweisbar. Eine Geschwulst wurde nicht gefunden. Therapie erfolglos. Im März 1901 war im Anschluß an eine Bronchitis unter Schmerzen ein schwerer Kollaps mit Dyspnoë, Cyanose, Koma, Urticaria eingetreten. Die früher vorgewölbte Lebergegend war eingefallen, dagegen die ganze rechte Thoraxhälfte stark ausgedehnt, vollständig gedämpft.

Die Punktion, welche im Oktober 1901 im Hospital vorgenommen wurde, ergab das Vorhandensein eines Echinokokkus. Die vorgeschlagene Rippenresektion wurde verweigert, und im Laufe des Winters mußten noch 2mal Punktionen ausgeführt werden; nach einer derselben trat wieder eine heftige Urticaria ein.

Erst am 15. März 1902 wurde mit Erlaubnis der Eltern die Resektion vorgenommen, 7 Liter Flüssigkeit entleert und die Pleurahöhle locker tamponiert und drainiert. Nach der Operation Fieber und Urticaria.

8 Tage später entfernte man das Drain und tamponierte fester. 16 Tage post operationem gelang es, den Echinokokkussack im ganzen wie ein hohles Ei herauszuziehen. Darauf Heilung und Entlassung 3 Monate nach der Operation.

S. nimmt einen primären Leberechinokokkus an, der mit keinem größeren Gallengange in Verbindung stand und dadurch steril bleiben konnte. Der Durchbruch in die Pleurahöhle war im März 1901 erfolgt.

Schwere toxische Erscheinungen, die bei diesem Durchbruche, ferner bei einer Punktion und der Rippenresektion auftraten, warnen uns vor der Punktion und weisen uns hin, entweder zweizeitig zu operieren oder sofort an die Punktion die Radikaloperation anzuschließen. **A. Niché** (Breslau).

33) **C. Morton. The results of operations in 54 cases of cancer of the breast.**

(Bristol med.-chir. journ. 1902. Dezember.)

54 Operationen des Verf. wegen Brustkrebses verliefen ohne Todesfall. Von 30 vor mehr als 3 Jahren Operierten sind zur Zeit 9 rezidivfrei, darunter 2 seit 8 und 2 seit 5 Jahren. Das Rezidiv trat 2mal erst 3 Jahre nach der 1. Operation auf; dasselbe erschien in der Mehrzahl der Residivfälle in der Haut, dem subkutanen Gewebe über dem Pectoralis major oder in der Oberfläche des Muskels selbst, nur in einigen wenigen Fällen in den Supraklavikulardrüsen. Diese Erfahrungen weisen also auf die Notwendigkeit einer ausgiebigeren Entfernung der bedeckenden Haut und des Pectoralis hin. Bei den dauernd Geheilten war in keinem Falle die Haut und der Pectoralis miterkrankt, noch waren die Drüsen in stärkerem Maße ergriffen. In 8 von den 9 Dauerheilungen war die Geschwulst vor der Exstirpation zur Bestätigung der Diagnose inzidiert worden, ein Beweis, daß die Gefahr der Aussaat und Verimpfung von Krebszellen bei diesem Verfahren nur sehr gering ist.

Das Halsted'sche Operationsverfahren ist nach Verf. nur bei Verwachsung der Geschwulst mit dem Pectoralis angezeigt. Sämtliche Fälle werden am Schlusse der Arbeit in Tabellenform mitgeteilt. **Mohr** (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.
Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 15. Sonnabend, den 15. April. 1903.

Rechtliche Stellung des Chirurgen zu Abraham's Zeit (2250 v. Chr.).

Von
Baron Dr. **Oefele** in Bad Neuenahr.

Bei dem engen Kulturzusammenhange von Palästina und den Euphrat-Tigris-Landen hat die Keilschriftforschung sich enge der theologischen Forschung angeschlossen. Wie aber in allen theologischen Forschungen artete auch hier die Meinungsverschiedenheit

zu persönlichen Feindschaften religiös erregten Beigeschmacks aus. Die Erforschung altbabylonischer Kultur — denn diese ist es, welche durch den Gebrauch der Keilschrift charakterisiert wird — bietet aber auf allen Gebieten eine unerschöpfliche Fülle von Material. Eine Friedensaktion unter den Vertretern der Keilschriftforschung kam aus dieser Erkenntnis im September 1902 in Hamburg zustande, welche alle persönlichen Kämpfe zu beseitigen suchte.

Inzwischen hatte aber Delitzsch für die deutsche Orientgesellschaft versucht gehabt, durch seinen Vortrag Babel und Bibel neue Mitglieder zu werben und hier wieder einzig theologische Fragen der Keilschriftforschung erörtert. Inzwischen waren dann auch die Gesetze Hammurabi's gefunden und entziffert worden, welche größtenteils als 700 Jahre ältere Vorlage für die spätere mosaische Gesetzgebung erscheinen.

Am 12. Januar 1903 wurde abermals, und zwar abermals im Beisein des deutschen Kaisers, von Delitzsch die Keilschriftforschung vor einem Laienpublikum in theologischem Geiste — aber theologisch liberalstem Geiste — besprochen. Theologen, welche der Keilschriftforschung ferne stehen, und Laien sind nun in die Fortsetzung des Kampfes eingetreten, welcher unter den Fachleuten durch den Frieden von Hamburg beigelegt war. Selbst eine allerhöchste Kundgebung ist erfolgt. Im Kampf religiös erhitzter Gemüter tritt von neuem die Gefahr auf, daß in weiten Kreisen die Keilschriftforschung einzig und allein als Hilfswissenschaft der Theologie betrachtet wird. Wer wird heute noch aus einseitiger Betonung der Reformation die Entdeckung Amerikas, die Erfindung der Buchdruckerkunst oder selbst nur die Erfindung des Schießpulvers als wichtige Marksteine übersehen?

So ist auch die babylonische Kultur eine Kultur, welche, ganz abgesehen von Forschungen im alten Testament, nach allen Richtungen der Kulturgeschichte durchforscht werden sollte und auch wirklich durchforscht werden kann. Auch die altbabylonische Medizin ist ein Gebiet der Forschung wert. In London liegen über tausend medizinische Keilschriftstücke, zum Teil seit einem halben Jahrhundert. Und doch ist außer einigen kleineren, welche Verfasser in photographischer Wiedergabe publizierte, erst eine einzige große Tafel von philologischer Seite gründlich bearbeitet, während alles andere nach Inhalt unzugänglich ist. Die Gesetze Hammurabi's erregen wieder die theologischen Gemüter, so daß von der deutschen Übersetzung in einem Vierteljahre 3000 Exemplare abgesetzt wurden; aber selbst die juristische Fachliteratur hat kaum noch flüchtig Notiz davon genommen. Für die Geschichte der Chirurgie sind dieselben auch noch nicht in Betracht gezogen. So soll es denn hier versucht werden.

Mag diese Einleitung schon lang sein, so müssen doch noch einige weitere Vorbemerkungen gestattet sein. Die Grundlage der ältesten Kultur in der babylonischen Ebene ist sumerisch. Wie in der Völkerwanderung nach den romanischen Ländern, so stürmten

auch in das altbabylonische Kulturland immer neue Naturvölker ein. Aber dieses Einströmen, Unterwerfen dauerte in Babylonien Jahrtausende und erfolgte durch Völker sehr verschiedenen Ursprungs von verschiedenen Seiten. Die wichtigsten Einwanderungen gehören den semitischen Völkern an. Die älteste Schicht derselben waren die eigentlichen Babylonier und Assyrer, welche das Land mit sumerischer Kultur aber babylonischer Sprache in den ältesten bisher erschließbaren Zeiten inne hatten. Ein neuer Völkerschub der semitischen Kanaanäer unterwarf sich die babylonischen Kulturgebiete. Das späteste mächtige Reich dieses Schubes im äußersten Westen ist Carthago, das mit Rom um die Weltmacht ringt. Zwischen die Kanaanäer und die spätere Wanderung der Aramäer schiebt sich die Festsetzung des Volkes Israel in Palästina ein. Spät nach den Aramäern erfolgt dann noch die Expansion der eigentlichen Araber durch den Muhamedanismus.

Stammverwandt sind diese Völker aber alle, wie die Sprachen beweisen. Sie besitzen alle gemeinsame, ererbte Anschauungen und Gebräuche als Naturvölker, nahmen aber stets die Kultur der unterworfenen Kulturvölker an, und dies sind wiederholt gerade jene stammverwandten Völker. So ist zur Zeit Abraham's, der durch I. Mos. 14 als Zeitgenosse Hammurabi's belegt ist, eine babylonische Kulturbevölkerung vorhanden, welche von kanaanäischen Eroberern unter dem König Hammurabi mit feudaler Organisation der Eroberer beherrscht werden. Dieser König Hammurabi ordnete nun sein Feudalreich durch ein Gesetzbuch von 282 Paragraphen, das in einem Exemplar seinerzeit in Susa ausgegraben wurde und von dem noch Abschriften aus Sardanapal's Zeit in Bruchstücken erhalten sind. Es liegt somit ein Gesetzbuch vor, welches mehr als anderthalb Jahrtausende in Babylonien zu Recht bestand und, wie die vielen Parallelen in den Gesetzen Mosis beweisen, in den Grundzügen für die Rechtsanschauungen des alten Orient international war. Eine Analogie besitzen wir später im römischen Recht und dessen langwährender internationaler Geltung.

Während aber in den Gesetzen des Moses die Heilkunde oder spezieller die Chirurgie völlig ignoriert erscheint, sind im Gesetzbuch Hammurabi's besondere Gesetze für Chirurgen enthalten, so daß wir plötzlich in die rechtliche Stellung der Chirurgen vor mehr als 4000 Jahren einen hellen Einblick tun dürfen.

Freilich von direkten größeren chirurgischen Operationen zu Heilzwecken erfahren wir zunächst nichts. Daß aber schon in jenen Zeiten gewagte Eingriffe, allerdings zur Strafe als Verstümmelungen vorgenommen wurden, läßt sich auch schon aus diesen Gesetzen entnehmen. Senden wir voraus, daß die Beschneidung ein uralter Gebrauch ist, welcher in der Bibel gerade auch bei Abraham ererwähnt wird, und daß die polygamen Einrichtungen des Orient auch stets die Vornahme von Kastrationen erforderte, so reihen sich hier die Amputationen der Henker an. Daß zu therapeutischen

Zwecken keine entsprechend schweren Operationen vorgenommen worden sind, beweist die weitgehende Haftpflicht des Chirurgen in § 218 des Code Hammurabi.

An Verstümmelungen durch den Henker kommt vor: 1) Stirnzeichen § 127, 2) Zerstörung des Auges § 193 u. § 196, 3) Abschneiden des Ohres § 205 und § 282, 4) Ausschlagen der Zähne § 200, 5) Ausschneiden der Zunge § 192, 6) Amputation der Brüste § 194, 7) Zerbrechen der Knochen § 197 und 8) Abhauen der Hände § 195, § 218, § 226 und § 253.

An den Bronzetoren von Balawat sind Exartikulationen der Füße in den Sprunggelenken und der Hände in den Handwurzeln bildlich dargestellt. Nach den Chroniken der assyrischen Herrscher wurden eine Menge anderer Verstümmelungen an gefangenen Feinden vorgenommen, so daß reichliche Erfahrung gesammelt werden konnte, welche Eingriffe tödlich und welche harmlos sind. So wußte man ganz genau, daß Durchbohrungen der Weichteile der Lippen oder Wangen mit dem Messer, um Stricke hindurch zu führen, ohne Einfluß für Gesundheit und Leben waren; man machte davon zur Bewältigung gefangener Feinde, deren Leben zu späteren Martern erhalten werden sollte, ausgiebigen Gebrauch. Ich habe aber schon kurz erwähnt, daß die Entwicklung der Chirurgie hiervon keinen Nutzen haben konnte.

Es wird häufig ein Stand mit der Bezeichnung [Keilschrift] azu erwähnt, was herkömmlich mit »Arzt« übersetzt wird. Wo wir aber in Texten späterer Zeit etwas von der Tätigkeit solcher azu erfahren, gehört sie in das Gebiet der kleinen Chirurgie. Nach § 206 des Code Hammurabi muß der, welcher einen anderen im Streite verwundet, die Kosten des »Arztes« bezahlen.

Außer der Heilung setzte auch dieser alte Chirurge Wunden aus therapeutischen Gründen. Als Ophthalmologe führte er den Staarstich aus und außerdem übte er die Blutentziehung. Der Name und die Gestalt des hierzu gebräuchlichen Instrumentes war von Dr. *Zehnpfund* und Verfasser schon vor 4—5 Jahren aus dem Siegel des altbabylonischen Chirurgen *Urlugaledin* erschlossen worden und ist in den Beiträgen zur Assyriologie publiziert. Dies Instrument [Keilschrift] findet sich in den Gesetzen *Hammurabi's* als [Keilschrift] geschrieben. Hier erfahren wir durch Zusatz auch ausdrücklich, daß dies Instrument aus Kupfer bestand. Übersetzt kann es werden mit »Skorpionpfriemen«. Die Gestalt entspricht einem geösten, nach der Spitze parabolisch gekrümmten Pfriemen: [Abb.]. Zu Schröpfzwecken waren zwei solcher geöster Pfriemen an Schnurenden armiert und die anderen beiden Schnurenden an einem Stielende befestigt, so daß bei einiger Übung an gewünschter Stelle durch Peitschenschwung ähnlich einer federnden Kraft blutende Stiche erzeugt werden konnten. Ungeschickte Handhabung konnte Unglück

verursachen. Der § 218 setzt darum auch die Haftpflicht des Chirurgen fest. Auf dem Höchstmaße des Schadens als Todesfall stand für den Chirurgen als Höchstmaß der Strafe das Abhauen der Hände.



Siegel des Chirurgen Urlugaledin mit dem Bilde des Äztegottes Adar, einer Schröpfpeitsche und zwei Schröpfköpfen.

Anderthalb Jahrtausende später wird in der Keilschrifttafel K 191 der Chirurg als bil imti, d. h. Herr der Lanzette, bezeichnet, wobei [illegible] die Schreibung dieses späteren Operationsinstrumentes ist. Diese Bezeichnung vergleicht aber diese Lanzette mit einem spitzen Fingernagel, was einer wesentlich anderen Form als dem Skorpionpfriemen der Zeiten Abraham's entspricht.

Auch für die soziale Stellung des Chirurgen in Abraham's Zeiten erhalten wir einen Hinweis, wie schon Winckler gezeigt hat. Während nämlich der Erbauer sei es von Gebäuden, sei es von Schiffen, ein »Honorar«, modern ausgedrückt, gesetzlich zu beanspruchen hat (§ 228 und § 234), so erhält der Chirurg z. B. § 224 nur Lohn, genau wie der Töpfer, Schneider, Zimmermann, Seiler, Maurer oder selbst wie der Esel, der drischt.

Zum Schluß sei es gestattet, die auf den Chirurgen bezüglichen Gesetzesparagraphen des Code Hammurabi folgen zu lassen:

§ 215. Wenn ein Arzt einem Freien eine Schröpfwunde mit dem Skorpionenpfriemen aus Kupfer macht und ihn heilt oder wenn er einem Freien einen Staar mit dem Skorpionpfriemen aus Kupfer öffnet und das Auge bleibt erhalten, so soll er 10 Sekel Geld (circa 10 Mark) erhalten.

§ 216. Wenn es ein Freigelassener war, so erhält er 5 Sekel.

§ 217. Wenn es der Sklave eines Freien war, so soll dessen Eigentümer dem Arzt 2 Sekel geben.

§ 218. Wenn ein Arzt einem Freien eine Schröpfwunde mit dem Skorpionpfriemen aus Kupfer macht und ihn tötet oder den Staar einem Freien mit dem Skorpionpfriemen aus Kupfer öffnet und das Auge wird zerstört, seine Hände soll man ihm abhauen.

§ 219. Wenn ein Arzt einem Sklaven oder einem Freigelassenen mit dem Skorpionpfriemen aus Kupfer eine Schröpfwunde macht und ihn tötet, soll er einen Sklaven für den Sklaven ersetzen.

§ 220. Wenn er ihm seinen Staar mit dem Skorpionpfriemen aus Kupfer geöffnet hat und das Auge zerstört wurde, so soll er seinen halben Preis bezahlen.

§ 221. Wenn ein Arzt den zerbrochenen Knochen eines Freien heilt oder wunde Weichteile heilt, so soll der Kranke dem Arzte 5 Sekel Geld geben.

§ 222. Wenn es ein Freigelassener war, soll er 3 Sekel geben.

§ 223. Wenn es ein Sklave war, so soll dessen Eigentümer dem Arzte 2 Sekel geben.

§ 224. Wenn der Arzt der Rinder oder Esel einem Rinde oder Esel eine Schröpfwunde macht und das Tier heilt, so soll der Herr des Rindes oder Esels $^1/_6$ Sekel dem Arzt als Lohn geben.

§ 225. Wenn er dem Rinde oder Esel eine Schröpfwunde macht und es tötet, so soll er ein Viertel seines Preises dem Eigentümer geben.

Auffallen muß hierbei die weitgehende Haftpflicht für den Erfolg. Dazu ist aber zu bedenken, daß der alte Babylonier glaubte, daß man alles Glück und Unglück aus den Sternen lesen könne. Bei genügender Achtsamkeit konnten unglückliche Tage vermieden werden, und dann war ein ungünstiger Erfolg ausgeschlossen. Die allgemeinsten Unglückstage führte schon der altbabylonische Kalender auf, so daß im Schaltelul am 7., 14., 19., 21. und 28. Tage der Chirurg seine Hand nicht an den Pat. legen durfte. Ungünstiger Erfolg einer Operation war also entweder Ungeschicklichkeit oder ungenügender Beachtung astrologischer Einflüsse zuzuschreiben, und in beiden Fällen war in altbabylonischem Geiste mit Recht der Chirurg verantwortlich.

---

1) **Leyden** und **Klemperer.** Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. Lieferung 43—64.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1902.

Ohne Unterbrechung folgen Lieferung auf Lieferung des interessanten Werkes, das ja rein chirurgische Aufsätze nur in geringer Zahl bringt; aber überall tritt die Erscheinung hervor, wie in unserer Zeit eine Isolierung des Spezialistentums ein Ding der Unmöglichkeit ist, daß vielmehr in Pathologie, Diagnose und Therapie nur ein energisches Zusammenarbeiten aller Ärzte ihrer Wissenschaft und Kunst jene gewaltige Entwicklung weiterhin gewähren kann, die sie in den letzten Jahrzehnten rühmlich ausgezeichnet und ihre Leistungsfähigkeit so ungemein gefördert hat. Darum sei »Die deutsche Klinik« auch den Chirurgen auf das beste empfohlen.

Richter (Breslau).



2) **Kolle** und **Wassermann.** Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Liefg. 8, Atlas-Liefg. 4—6.

Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

Der größte Teil der vorliegenden Lieferung des Textes wird von einer von Escherisch und Pfaundler gegebenen Darstellung des Bacterium coli commune eingenommen.

Am Ende dieser Darstellung erhalten wir ein sehr genaues Verzeichnis der einschlägigen Literatur.

Am Schluß der Lieferung beginnt eine Beschreibung des Pestbazillus, von Dieudonné verfaßt.

Die Lieferungen des Atlas, der jetzt vollständig vorliegt, enthalten u. a. Darstellungen von besonders für die allgemeine Praxis wichtigen Formen, wie des Tuberkelbazillus, von Choleravibrionen, Pneumoniekokken, Streptokokken, Staphylokokken, Gonokokken, Typhus etc.

Der ganze Atlas bildet mit seinen reichhaltigen und wohlgelungenen Darstellungen eine schätzenswerte Ergänzung des Textes.

Silberberg (Breslau).

---

3) **Ehrlich, Krause, Mosse, Rosin, Weigert.** Encyklopädie der mikroskopischen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Färbelehre. 2. und 3. Abteilung.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903.

Das Werk liegt nunmehr in seiner Gesamtheit vor und zeigt uns erst jetzt in vollstem Lichte, welcher Mangel in der Literatur über mikroskopische Technik bisher bestanden und welchen neuen literarischen Schatz wir in dem Werk bekommen haben. Die höchst bedeutungsvollen Unterschiede desselben von allen früheren auf dem betreffenden Gebiete erschienenen Büchern sind bereits in dem Referat über die erste Abteilung (Zentralbl. für Chirurgie 1902 Nr. 51) hervorgehoben worden. Betont sei hier nur nochmals der große Wert einer ausführlichen Darstellung der chemischen Genese der verschiedenen Färbungen. Gerade hierdurch werden wir ja einzig und allein in die Lage versetzt, uns von einer rein mechanischen Arbeit loszumachen und uns in den Gegenstand zu vertiefen. Hierzu kommt noch die außerordentlich klare und sachliche zusammenfassende Darstellung gewisser in sich abgeschlossener Gebiete, wie z. B. die Darstellung über Fixierungs- und Einbettungsmethoden, über spezielle Behandlung spezieller Systeme, über Mikrophotographie und vieler anderer mehr, sowie die ausführliche Wiedergabe der einschlägigen Literatur. Einzelheiten hervorzuheben, dürfte zwecklos sein. Alles in allem können wir wohl annehmen, daß jeder sich mit Mikrotechnik Beschäftigende, der sich einmal in das Buch eingearbeitet und seinen Wert zu schätzen gelernt hat, nie wieder von demselben wird Abstand nehmen wollen. **Silberberg** (Breslau).

---

4) **König.** Operation ohne direkten Gebrauch der Finger.
(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

Verf., der schon vor Jahren den sicher aseptischen Verlauf der ohne Anwendung der Finger gemachten Operationen bestätigen konnte, hebt nochmals die Vorteile hervor, die ein Operieren, ohne die Wunde mit den Fingern zu berühren, bringt. Die Zahl der Operationen, bei welchen das möglich ist, hat sich bedeutend vermehrt. Es bedarf freilich das Instrumentarium einiger Modifikationen: Die Stiele der Instrumente müssen länger sein, die Zahl und die Gestaltung der Haken eine größere. Zum Vorziehen tiefer liegender Teile benutzt man zweckmäßig lange Hakenzangen, insonderheit solche nach Art der amerikanischen Kugelzangen. Durch langgestielte Klemmen mit Pinzetten kann die Schwierigkeit der Unterbindung umgangen werden, eine Umstechungsnaht oft den Vorzug vor einer Ligatur verdienen.

Einer besonderen Technik bedarf es nicht, in erster Linie des Vorsatzes und des Darandenkens, die Wunde nicht mit den Fingern zu berühren. Erscheint ein Zurückhalten von Weichteilen mit den Händen zweckmäßig, muß die Wunde mit Kompressen geschützt und vor direkter Berührung mit der Hand bewahrt werden.

Nicht nur einige vorgestellte Fälle, über die kurz berichtet wird, sondern auch die Mitteilung, daß etwa 100 in letzter Zeit vom Verf. ausgeführte Knochen- und Gelenkoperationen ohne die leiseste Störung zur Heilung gekommen sind, illustriert die Zweckmäßigkeit der Methode.

Langemak (Rostock).

---

5) **Engelmann.** Einiges über die sog. »physiologische Kochsalzlösung«.
(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

Verf. weist nach, daß nicht die 0,6%ige, sondern nur die 0,9%ige Kochsalzlösung als die mit dem menschlichen Blutserum isotonische und die für den menschlichen Organismus am meisten indifferente Salzlösung anzusehen ist.

Borchard (Posen).

---

6) **Papon.** Contribution au traitement des abcès froids par les injections modificatrices d'eau oxygène.
(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1903. Nr. 2.)

Verf. behandelt kalte Abszesse, welche er als eine ins Stadium der Erweichung eingetretene lokale Tuberkulose bezeichnet, mit Punktion und nachfolgender Injektion von Wasserstoffsuperoxyd. Er zieht diese Art der Behandlung der Inzision mit Ausschaben und Entfernen der erkrankt befundenen Teile vor. Die zur Injektion benutzte Flüssigkeit setzt sich zusammen aus 25 ccm eines 20 Volum Wasserstoffsuperoxyd enhaltenen Wassers und 75 ccm eines im Verhältnis von 1 : 10 gelösten phosphorsauren Natrons. Der Abszeß wird mit dem Trokar punktiert und nach Abfluß des Eiters vermittels

steriler Spritze eine kleine Menge der genannten Lösung injiziert, wobei es leicht infolge der Sauerstoffentwicklung zu einer erhöhten Spannung in der Abszeßhöhle kommen kann, wenn man zu viel injiziert. Bei kleineren Abszessen sollen 1—2 Injektionen, die in Zwischenräumen gemacht werden, genügen, bei größeren Abszessen werden mehrfache (5—6) Injektionen und Punktionen notwendig. In 7 von ihm beobachteten Fällen von kaltem Abszeß, in welchen der bakteriologische Beweis der Tuberkulose nur zweimal erbracht werden konnte, hat P. bis auf einen Fall verhältnismäßig schnelle Heilung erzielt. Die Vorzüge, welche das Wasserstoffsuperoxyd vor anderen Mitteln — z. B. Jodoformäther oder Kampfernaphthol — hat, sind nach ihm folgende: 1) Die Injektion ist absolut schmerzlos; 2) die Lösung ist gänzlich ungiftig; 3) das Mittel dringt weiter nach dem Ursprungsorte des Abszesses hinauf; 4) es ist geruchlos und nicht feuergefährlich.

Die Arbeit des Verf. fordert zu weiteren Versuchen mit dem von ihm empfohlenen Mittel auf. **Herhold** (Altona).

---

7) **F. Dévé.** Des greffes hydatiques postopératoires (pathogénie et prophylaxie).

(Revue de chir. XXII. Jahrg. Nr. 10.)

Verf. bekämpft in seiner experimentellen Studie die in Frankreich noch nicht völlig aufgegebene Lehre Davaine's, wonach nur die Echinokokkenembryonen neue Blasen erzeugen könnten, indem er ähnliche Versuchsreihen anstellte wie Alexinsky. Sein Ziel sollte vor allem auch die Ausbildung einer prophylaktischen Methode zur Verhütung der Impfrezidive sein.

Die künstliche Übertragung der Blasenwurmkrankheit gelingt sowohl durch intrathorakale wie intraperitoneale Einverleibung, sei es der Tochterbläschen, sei es der Skolices, die sich als mikroskopisches Sediment in der klaren Flüssigkeit der Blasen finden.

Die Möglichkeit der Impfrezidive ist nicht allein beim Platzen der Mutterblasen während der Operation gegeben, wo sich sowohl miliare Tochterbläschen als Skolices in allen Buchten und Falten der Wundhöhle — von Blutgerinnseln eingeschlossen — verbergen können, sondern auch bei Probepunktionen, wo oft genug Flüssigkeit aus der Stichöffnung nachsickert (noch 3 Tage — Bertram). Es ist demnach fast wunderbar, daß nicht öfter Rezidive zustande kommen! Man hat es der Vereiterung des Sackes nach seiner Einnähung in die Wunde, hat es dem Gallenfluß und der Anwendung antiseptischer Mittel zu gute geschrieben — und doch gibt es Belege gegen jede dieser Annahmen.

Immerhin nahm D. die Untersuchungen über den Wert chemisch abtötender Mittel wieder auf und benutzte Sublimat 1 : 1000 und Formol 5 : 1000 zur Unschädlichmachung der Tochterbläschen bezw. Skolices. Nach 2—3 Minuten langem Verweilen in diesen Lösungen

wurden die Keime Kaninchen einverleibt — stets mit negativem Erfolg, während Kontrollimpfungen mit in Blasenflüssigkeit konservierten Keimen ebenso sicher angingen.

Demnach empfiehlt D. für die Fälle, wo eine einheitliche Blase mit klarem Inhalt ohne Tochterblasen besteht, die Entleerung mittels Potain und Nachfüllung mit Formalinlösung 5 : 1000, ohne daß der Trokar gerückt oder bewegt wird. Die Blasenhaut legt sich um denselben fest an und sinkt zusammen, löst sich dabei von der Adventitia ab. Diese wird vorsichtig inzidiert und die kollabierte Blase mit den Fingern vorsichtig herausgezogen. Bei komplexen Blasen mit zähflüssigem Inhalt und teilweiser Verkalkung der Wände ist das Verfahren nicht anwendbar. **Christel** (Metz).

---

8) **B. Riedel.** Die Pathogenese, Diagnose und Behandlung des Gallensteinleidens.

Jena, **Gustav Fischer,** 1903. 145 S. 27 Abb.

Das Werk ist ein erweiterter Abdruck aus dem Penzoldt und Stintzing'schen Handbuch, erweitert insofern, als die ganze zweite Hälfte der Arbeit von der Darstellung der operativen Technik der Gallensteine und der Nachbehandlung nach der Operation eingenommen wird; auch die pathologische Anatomie, jedoch nur die der Anfangsstadien, ist genauer behandelt. Die Arbeit ist dementsprechend, wie R. im Vorworte betont, besonders für den Dirigenten kleinerer Hospitäler bestimmt, der Gallensteine operieren will, ohne viel auf diesem Gebiete gesehen zu haben. Bei der Darstellung der Pathogenese werden die bekannten Anschauungen R.'s über erfolglose und erfolgreiche Anfälle entwickelt; die Ausführungen basieren auch sonst im wesentlichen auf den eigenen Erfahrungen und Ansichten R.'s. Zahlreiche eigene, besonders charakteristische Krankengeschichten mit einer schematischen Skizze des betreffenden pathologisch-anatomischen Befundes sind eingefügt. R. schließt mit der Forderung, daß operiert werden muß, bevor die Pat. in Gefahr kommen. »Die Gallensteinoperation muß denselben Verlauf nehmen, als die Operation der Hernia incarcerata und der Appendicitis.« »Alle Widerstände, die sich der raschen Ausführung dieser Operationen entgegensetzten, sind allmählich beseitigt worden; so wird es und so muß es auch mit der Gallensteinoperation kommen.«

Mohr (Bielefeld).

---

9) **D. Steele.** Experimental evidence of biliary obstruction in floating liver.

(University of Pennsylvania med. bull. 1903. Nr. 11.)

In 44 Fällen von totaler Hepatoptose waren 37mal Erscheinungen von Gallensteinkolik vorhanden, während nur 10mal Gallensteine bei der Operation oder Autopsie tatsächlich gefunden wurden. $^1/_3$ der

Pat. litten gleichzeitig an Ikterus ohne Gallensteine. Die Hepatopexie oder andere mechanische Maßregeln führten immer zur Besserung oder Heilung. Um festzustellen, ob die genannten Symptome durch Verlegung der großen Gallengänge infolge der Leberverlagerung zustande kommen, unternahm Verf. einige Experimente an menschlichen Leichen (Durchschneidung der verschiedenen Haltebänder, Druckbestimmungen beim Durchspülen von Flüssigkeiten durch die großen Gallenwege). Hiernach verläßt gewöhnlich nur der Teil der Leber, welcher durch das Lig. suspensorium gehalten wird, seine normale Lage, während der hintere Rand durch die Vena cava inferior und die Koronarbänder fast immer festgehalten wird. Je mehr die Leber sich senkt, um so eher kann eine Verlegung der Gallengänge eintreten, und zwar nicht infolge von Druck seitens der verlagerten Leber, sondern durch Knickung oder Torsion der Gallengänge. Die Verlegungsstelle liegt wahrscheinlich im Cysticus oder Ursprung des Choledochus, indem es infolge der Verlagerung zu stärkerer Winkelbildung zwischen Gallenblase, Cysticus und Choledochus kommt (3 Abbildungen). S. stellt zum Schluß 13 Krankengeschichten von Hepatoptose mit Ikterus und ohne Gallensteine aus der Literatur zusammen; 10 Fälle wurden mit Hepatopexie behandelt, 8mal mit vollem Erfolge. **Mohr** (Bielefeld).

---

10) **R. B. Greenough.** The surgical treatment of cirrhosis of the liver, with a summary of reported cases.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. Dezember.)

Eine Statistik über alle bis zum Mai 1902 vorliegenden Fälle von Talma'scher Operation wegen Laënnec'scher, syphilitischer und nach Malaria enstandener Lebercirrhose mit Ascites; ausgeschieden sind alle Fälle, in welchen die Operation wegen anderer Leberleiden vorgenommen wurde, besonders auch die Cholecystostomien wegen biliärer Cirrhose.

Nach einleitenden Bemerkungen über die Theorien bezüglich der Ätiologie, über klinische und pathologisch-anatomische Merkmale stellt G. nach Weglassung nicht einwandsfreier Mitteilungen 105 Fälle zusammen, in welchen die Talma'sche Operation oder deren Modifikationen ausgeführt wurden. Von diesen wiesen 42% eine Besserung auf, bei 58% war der Eingriff ganz erfolglos. Die Sterblichkeit innerhalb 30 Tagen betrug 29,5%, nach 2 Jahren waren nur 9 Fälle noch gesund, welche jedoch keine wesentlichen Unterschiede gegenüber allen anderen zeigen.

In Fällen von vergrößerter Leber ist die Sterblichkeit geringer, die Aussicht auf Heilung größer, wie bei atrophischer Leber; ferner begünstigen Verwachsungen die Operation. Ödeme der unteren Extremitäten haben keine prognostische Bedeutung, wohl aber das Allgemeinbefinden und die Masse des noch funktionsfähigen Leber-

gewebes. Die Hauptgefahr liegt in dem Schwächezustand der Pat., nicht in dem Eingriff selbst.

Zweck der Operation ist vor allem die Beseitigung des Ascites und anderer Stauungserscheinungen. Vernähungen des Netzes zwischen die Schichten der Bauchdecken sind wirksamer, wie bloße Skarifikationen und Verlötungen des Bauchfells. Drainage der Bauchhöhle nach der Operation war fast stets von Peritonitis gefolgt und ist unter allen Umständen zu vermeiden; event. ist nach dem Eingriff noch einmal zu punktieren.

Kontraindiziert ist die Talma'sche Operation bei Ascites durch andere Leberleiden, bei vermutlich schon weit vorgeschrittener Atrophie des Organs, bei Nieren- und Herzerkrankung.

Am Schluß der Abhandlung eine tabellarische Übersicht über 122 diesen Gegenstand betreffende Arbeiten. **Bender** (Leipzig).

---

11) **Fuchs.** Cholethiasis und Pankreaserkrankungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 46.)

Im Anschluß an eine Beobachtung, nach der sich im Verlauf eines Choledochusverschlusses durch einen Gallenstein ein Abszeß im Pankreas bildete — der Fall wurde von Körte mit Erfolg operiert —, geht Verf. auf den Zusammenhang zwischen Cholelithiasis und Pankreaserkrankungen genauer ein. Als die häufigste Ursache der hämorrhagischen, eitrigen Pankreatitis und der Pankreasnekrose findet F. die Cholelithiasis. Ebenso kommt im Verlauf der Cholelithiasis die interstitielle sekundäre Pankreatitis viel häufiger vor, als bisher angenommen wurde. Dasselbe gilt von einem Teil der Pankreascysten, die im Gefolge der chronischen Pankreatitis entstehen. Ferner hat F. 10 Fälle von Cholelithiasis zusammenstellen können, die sich mit Lithiasis pancreatica kombinierten.

Borchard (Posen).

---

12) **L. G. Spasski.** Das Uresin (Citronsäure-Urotropin-Dilithionsalz) als Lösmittel der Harnsäureverbindungen.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 47.)

Verf. vergleicht das von ihm hergestellte Uresin mit Sidonal, Contrexéville und Salvator bezüglich seiner harnsäurelösenden Eigenschaft und kommt auf Grund der angeführten Tabelle (7 Tage lang dauernde Versuche) zum Schlusse, daß das Uresin den genannten Mitteln weit überlegen ist. Die sich bei Gebrauch des Uresins abspielenden chemischen Prozesse sollen noch näher untersucht werden.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

13) **D. Eremia** und **C. Andreescu.** Einige Fälle von Prostatektomie auf perinealem und transvesikalem Wege.

(Spitalul 1902. Nr. 23 u. 24.)

Der Aufsatz enthält die Beschreibung der Operationsmethode von Herescu und die Krankengeschichten von 9 nach derselben

operierten Fällen. Handelt es sich um hartnäckige Harnretentionen, die durch eine Vergrößerung der Vorsteherdrüse bewirkt werden, so wird vor allem eine medizinische und Sondenbehandlung eingeleitet. Nur wenn dieselbe versagt, wird zum blutigen Eingriff geschritten. Bei bestehender Hypertrophie der Seitenlappen wird der perineale Schnitt gewählt, während für die übrigen der hypogastrische Weg vorzuziehen ist. Wo es angeht, wird die Drüse aus ihrer Kapsel herausgeschält, also subkortikal enukleiert, wo nicht, muß die Totalexstirpation vorgenommen werden. Verletzungen der Harnröhre kommen mitunter vor, doch sind dieselben durch Katgutnähte wieder gut zu machen. Nach der Operation wird Verweilsonde eingelegt, respektive bei hypogastrischem Schnitte ein Drainschlauch.

E. Toff (Braila).

---

14) **A. J. Boufleur** (Chicago). Transvesical cauterization as a substitute for the Bottini operation in the treatment of some forms of prostatic hypertrophy.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Verf. hat sich der Mühe unterzogen, alle in der Literatur veröffentlichten Mißerfolge bezw. Unglücksfälle bei der Ausführung der Bottini'schen Operation zu sammeln und kommt zu dem Schlusse, daß die Bottini'sche Operation ein ganz unchirurgischer Eingriff ist, weil man notgedrungen im dunkeln, d. h. ohne Kontrolle der Augen operieren muß, ein Nachteil, der schon allein allerhand Gefahren bedingt.

Als Hauptnachteile bei der Anwendung des Bottini'schen Verfahrens nennt B.:

1) Die Unsicherheit der Diagnose. Daß die digitale Untersuchung keine sichere Diagnose gestattet, ist bekannt, aber auch die Untersuchung mit dem Cystoskop gibt nicht immer genügenden Aufschluß, schon weil durch die bloße Einführung des Instrumentes die lokalen Verhältnisse verändert werden. 2) Unsicherheit in der exakten Applikation der Spitze des Instrumentes, die auch durch die Kontrolle des in den Mastdarm eingeführten Fingers nicht genügend gewährleistet wird. 3) Mithin Ungewißheit, welche Gewebe in den Bereich des Instrumentes fallen. 4) Unsicherheit hinsichtlich der Länge des gemachten Einschnittes. 5) Mangelhafte Kontrolle des angewandten Hitzegrades. 6) Unmöglichkeit festzustellen, ob der gewünschte Grad der Gewebsszerstörung erreicht resp. nicht erreicht oder gar überschritten ist. 7) Die Gefahr, daß die Klinge sich verbiegt und nur mit Verletzung der ganzen Harnröhre wieder herausgezogen werden kann. 8) Machtlosigkeit gegen eintretende Blutungen. 9) Unmöglichkeit der Anwendung des Verfahrens bei gestielten Prostatalappen. 10) Unmöglichkeit der Anwendung bei Strikturen oder narbigen Verziehungen der Harnröhre. 11) Unmöglichkeit,

andere gleichzeitige Erkrankungen in derselben Sitzung zu behandeln (Steine, Ulcerationen, Papillome).

Den Vorzug gibt B. der transvesikalen Kauterisation nach Ausführung der Cystotomia suprapubica. In erster Linie führt er zu ihren Gunsten an, daß dabei alles unter Kontrolle der Augen ausgeführt werden kann, daß man also in chirurgischem Sinne korrekter verfährt. Dazu kommt, daß man kein so kompliziertes Instrument, sondern je nach Belieben den Galvanokauter oder den Paquelin anwenden kann. Als weitere Vorteile gegenüber der Bottini'schen Operation nennt B:

1) Möglichkeit einer genauen Orientierung über die pathologischen Verhältnisse. 2) Die Applikation der Inzisionen kann genau lokalisiert, 3) Länge und Tiefe der Inzisionen kann genau nach Maßgabe der Verhältnisse gemacht, 4) der Hitzegrad besser kontrolliert werden. 5) Die Gefahr, welche die Verbiegung der Inzision bei der Bottini'schen Operation in sich schließt, fällt fort. 6) Möglichkeit, eine etwaige Blutung sofort zu stillen, 7) Möglichkeit, auch einen gestielten Lappen sofort zu entfernen, ebenso einen Stein u. dgl. 8) Der Operateur ist unabhängig von etwaiger Unwegsamkeit der Harnröhre. 9) Infektionen, Phlegmonen, Sepsis kommen weniger leicht vor.

Verf. gibt zu, daß in Fällen, wo eine allgemeine Narkose nicht angängig scheint, der Bottini'schen Operation der Vorzug gebührt.

Seefisch (Berlin).

---

15) **O. Zuckerkandl.** Über die sogenannte Cystitis cystica und über einen Fall von cystischem Papillom der Harnblase.

(Monatsberichte für Urologie (Casper u. Lohnstein) Bd. VII. Hft. 9.)

Die Arbeit ist besonders für den Cystoskopiker von großer Wichtigkeit, da sie die Aufmerksamkeit wieder einmal auf verhältnismäßig wenig bekannte epitheliale Sprossungsvorgänge der Blasenschleimhaut lenkt, die sich bei genauerem Literaturstudium als gar nicht selten herausstellen und die leicht zu folgenschweren diagnostischen Irrtümern bei der Cystoskopie führen können. Als Resultate dieser Proliferationsvorgänge findet man kleine cystische oder solide papilläre Exkreszenzen am häufigsten am Sphincter int. urethrae, dann auch auf dem Trigonum, an den Ureterenmündungen sowohl unter physiologischen Verhältnissen, als besonders bei bestehender oder abgelaufener Cystitis, bei paravesikalen Entzündungsprozessen und in der Nachbarschaft von wirklichen Blasengeschwülsten.

Willi Hirt (Breslau).

---

16) **F. Guyon.** Die Technik der Lithotripsie. Übersetzt und bearbeitet von Dr. G. Berg (Frankfurt a/M.).

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1903. 36 S. 23 Abb.

»Die Technik der Lithotripsie vollendet das stolze Lehrgebäude der Erkrankungen der Harnorgane, welches G. auf dem Gebiete

der Chirurgie errichtet hat. Finis coronat opus. Nicht allein deshalb, weil dies letzte Werk auf den umfangreichen Grundmauern der beiden voraufgegangenen aufgebaut ist, »Die Affektionen der Blase und Prostata« und »Die Klinik der Harnorgane« und in deren vornehmsten Lehren gipfelt, sondern auch weil die Weltmeisterschaft G.'s in der Lithotripsie so allgewaltig ist, daß seine Publikationen auf diesem Gebiete ganz besondere Geltung beanspruchen dürfen.«

Diesen einleitenden Worten des Übersetzers kann man nur völlig beistimmen. Es kann hier nur auf dieses Werk aufmerksam gemacht werden, ist es schon schwierig die Technik der Lithotripsie zu beschreiben, so ist Zusammenfassung im Referat unmöglich. Die einzelnen Kapitel lauten: Die Vorbereitungen zur Lithotripsie. Die Ausführung der Lithotripsie. Die Evakuation. Schwierigkeiten der Lithotripsie. Schwierigkeiten der Evakuation. Die Darstellung der Lithotripsie in Abbildungen. Auffallend für uns Deutsche ist nur die völlige Außerachtlassung der cystoskopischen Nachuntersuchung. G. führt die Kontrolle nur vermittels des Lithotriptors und Aspirators aus und richtet die Aufmerksamkeit der Operateure auf die Notwendigkeit, »diese Revisionen bis zum äußersten« fortzusetzen. In G.'s Meisterhand mag diese Kontrolle ohne Schädigung des Pat. durchaus befriedigende Resultate erzielen, im allgemeinen aber dürfte die cystoskopische Nachuntersuchung, wie sie Nitze seit Jahren nach jeder Sitzung ausübt, das schonendere und wirkungsvollere Verfahren sein. **Willi Hirt** (Breslau).

---

17) Mlle. **Rosenthal.** Traitement du rein mobile par le massage. Rapport par Richelot.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 481.)

Durch Massage der beweglichen Niere, besonders Gymnastik der Bauchmuskulatur, Anwendung Prießnitz'scher Umschläge während der Nacht erzielte R. in zahlreichen Fällen nicht nur Milderung der Beschwerden, sondern auch wirkliche Heilungen. Die Behandlungsdauer schwankt von 20 bis höchstens 45 Sitzungen. Die ersten zwei oder drei Sitzungen sind schmerzhaft und dauern 5 bis 6 Minuten, später 10 Minuten. Die Empfindlichkeit läßt sehr bald nach; alle Beschwerden mindern sich rasch. Die Methode zeitigte Erfolge in Fällen, in denen die Renopexie versagt hatte. Rezidive kommen freilich vor, sind aber in der gleichen Weise mit Erfolg zu behandeln. Die Ursache dieser Erfolge sieht R. und mit ihr Richelot, der sich für die Richtigkeit der mitgeteilten Tatsachen verbürgt, in der Beseitigung von Kongestionszuständen der Niere.

Reichel (Chemnitz).



18) **Bazy.** Sur quelques symptômes et signes, et en particulier du reflexe pyélo-vésical et urétéro-vésical, comme moynse de diagnostic des lésions suppuratives du rein.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 410.)

Zur Erleichterung der Diagnose, ob in Fällen entzündlicher Erkrankungen der Harnorgane nur eine Cystitis oder nur eine Pyelonephritis vorliege, oder Blase und Nierenbecken erkrankt seien, macht B. auf einige Zeichen aufmerksam, die sich ihm als diagnostisch äußerst wertvoll erwiesen haben. Das eine ist der pyelovesikale Reflex: Drückt man bei der bimanuellen Tastung der Nieren die vordere Bauchwand ca. 2—3 cm nach außen von der Mittellinie ein, so erzeugt man manchmal einen Schmerz, der nach dem Epigastrium oder selbst der Brust der entgegengesetzten Seite ausstrahlt. Diese Irradiation hat keine Bedeutung. Zuweilen aber erzeugt man einen Schmerz, der nach der Blase zu ausstrahlt und das Bedürfnis Urin zu lassen erregt. Eine solche Irradiation spricht für Mitbeteiligung des Nierenbeckens. Sie ist selten. Sehr häufig hingegen und namentlich bei der Frau leicht nachzuweisen ist der Harnleiter-Blasenreflex: Druck auf einen bestimmten Punkt der unteren Wand der Harnblase von der Scheide aus erzeugt Schmerz und Urindrang. Dieser Punkt entspricht der Mündung des Harnleiters in die Blase. Ist nur eine Niere erkrankt, so konstatiert man diesen Druckschmerz nur auf der erkrankten Seite, sind beide Nieren krank, so ist er doppelseitig. Besteht gleichzeitig keine Cystitis, so ist nur dieser Punkt nicht der Blasenhals, umgekehrt bei Cystitis ohne Pyelitis nur der Blasenhals druckempfindlich. Beim Mann ist dieser Reflex schwerer nachzuweisen; wo sein Nachweis aber gelingt, ist er beweisend.

Zur Erkennung, ob Eiter im Urin aus der Blase oder der Niere stammt, empfiehlt B. das Bouchard'sche Symptom:

Man gießt in ein Reagensglas eine gewisse Menge des zu prüfenden Urins und fügt tropfenweise Fehling'sche Lösung zu bis er blaßblau oder grünlich ist. Darauf schüttelt man das Glas. Stammt der Eiter aus der Blase, so sieht man nichts Besonderes; stammt er aus der Niere, so beobachtet man in der Flüssigkeit feine Gasbläschen. Erhitzt man nun den Urin, so fällt bei vesikalem Ursprung des Eiters das Gerinnsel zu Boden, bei renaler Herkunft steigt es wegen des Einschlusses von Gasbläschen nach aufwärts.

Reichel (Chemnitz).

---

19) **Katzenstein.** Eine neue Operation zur Heilung der Ectopia testis congenita.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 52.)

Die Hahn'sche Operationsmethode wird in der Weise modifiziert, daß der Hoden, nachdem er durch das Loch in der Skrotalhaut hindurchgezogen ist, an dem Oberschenkel durch einen aus demselben

genommenen kurzen Lappen, dessen Stiel nach unten sieht, befestigt wird. Hierdurch wird gleichzeitig eine neue Ernährungsquelle für den Hoden gegeben, ebenso eine plastische Vergrößerung des Hodensakes erzielt. Das Resultat war in dem mitgeteilten Falle gut.

Borchard (Posen).

---

20) **W. Bogoljubow.** Zur Frage von der Anastomosenbildung an den Samengängen bei Resektion der Epididymis.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 6.)

Experimente an einem Pferde, 5 Schafen und 4 Hunden, im ganzen 20 Operationen. Es wurden zwei Methoden versucht: 1) Totale Resektion der Epididymis und Einnähung des Vas deferens in den Hoden; 2) Resektion der unteren Hälfte der Epididymis und Einnähung des Samenleiters in die obere Hälfte. 2 Fälle vereiterten; in den übrigen 18 wurde später durch das Vas deferens eine gefärbte Masse in die Hodenkanälchen injiziert, die Anastomose und Hoden und Epididymis untersucht. Resultate: Von 8 Operationen des ersten Typus gab eine einen sehr guten Erfolg, von 10 Operationen nach Typus 2 war der Erfolg in 4 Fällen gut. Nicht ganz so gut (gleichzeitig mit der Färbung der Kanälchen auch diffuse Färbung des Gewebes oder Kanälchen unvollständig gefärbt) waren die Ausgänge in einem Falle von Typus 1 und in 3 von Typus 2. Gewöhnlich bildete sich ein Hohlraum, in den einerseits das Vas deferens, andererseits die Hodenkanälchen einmündeten. Besondere destruktive Veränderungen im Gewebe des Hodens und Nebenhodens wurden nicht beobachtet.

Die Operation wurde auch an 7 Kranken mit Nebenhodentuberkulose ausgeführt und sollen die Resultate bald veröffentlicht werden.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

21) **A. H. Ferguson.** Anterior transplantation of the round ligaments for displacements of the uterus.

(New York. med. journ. 1903. Januar 17.)

Verf. berichtet über ein Verfahren zur Korrektur von Uterusverlagerungen, das er seit 1896 verwendet und ausgearbeitet hat. Es ist zwar nicht ganz originell und wird wohl auch kaum die gegenwärtig häufig ausgeführte Alexander-Adams'sche Operation verdrängen können, bietet aber doch so vielfache Vorteile, daß die Anwendung empfohlen werden kann.

Verf. machte einen kleinen Medianschnitt von 3 Zoll Länge, sucht den Uterus auf und macht zur Ausschaltung von Hohlräumen und Verhütung von Inkarzerationen fortlaufende Nähte von den Abgängen der Ligamente am Uterushorn zum Peritoneum parietale; dann wird beiderseits der Rectus durchstochen; nun werden durch diese Wunden die Ligamenta rotunda vorgezogen und über der äußeren Rektusscheide geknüpft. Sodann Schluß der Bauchhöhle.

Verf. hat die Operation in über 200 Fällen mit Erfolg gemacht; als besondere Vorzüge rühmt er die leichte Ausführbarkeit, das Freibleiben des Uterus in der Bauchhöhle und Ausbleiben irgend welcher Störungen bei den normalen Funktionen desselben, insbesondere bei Schwangerschaft. Drei sehr anschauliche Bilder ergänzen die Ausführung.

Scheuer (Berlin).

---

22) **J. H. Burtenshaw.** The repair of lacerations of the pelvic floor.

(New York med. journ. 1903. Januar 10.)

Nach einer eingehenden Würdigung der anatomischen und physiologischen Bedeutung des Beckenbodens wendet sich Verf. gegen die gegenwärtigen Operationsmethoden zur Wiederherstellung der normalen Beckenbodenverhältnisse. Wenn er auch nicht verkennt, daß die Operation nach Hegar, die den ungefähren Typus der Operation darstellt, oft gute Resultate gibt, so muß er doch ihre physiologische Berechtigung absprechen. Nach dem Analogon der Bauchnaht, wo man heute allgemein die genaueste Adaptierung der Fascien- und Muskelränder erstrebt, verlangt er, diese Grundsätze auch bei der Naht des Beckenbodens angewendet zu sehen, und empfiehlt für diesen Zweck das Verfahren nach Reed u. a. (cf. Journ. of the amer. med. assoc. 1902 August 30).

Scheuer (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

23) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung am 9. Februar 1903.

Vorsitzender: Herr Rose.

1) Herr Rose: Einige Bemerkungen zur neuesten Operationsmethode unheilbarer Blasen-Scheidenfisteln.

Von Howard Kelly wird als eine Methode zur Operation von Blasen-Scheidenfisteln, die durch Anfrischung und Naht nicht zu heilen sind, empfohlen, vom vorderen Scheidengewölbe aus das Peritoneum zu eröffnen, zur Beseitigung der die Naht verhindernden Spannung die Blase zu mobilisieren und dann zu nähen. Die Fisteln, die Kelly so zum Teil mit Erfolg operiert hat, hatten sich nach Hysterektomie wegen Uteruskarzinom gebildet. Diese Methode erscheint bei der großen Gefahr der Infektion des Peritoneums zu heroisch, um so mehr, als andere ungefährlichere Methoden eine Beseitigung des jammervollen Zustandes der Pat. mit Sicherheit erreichen lassen und sie zugleich gesund und arbeitsfähig machen. Diese Methoden sind: 1) Die quere Obliteration der Scheide, die auszuführen ist, wenn der Sphincter vesicae funktionsfähig ist, und 2) die Obliteratio vulvae rectalis nach Rose, d. h. die Vernähung der Vulva mit Anlegung einer schrägen Scheiden-Mastdarmfistel, die in Frage kommt, wenn die Fistel auch die Urethra einnimmt. Im ersten Falle werden nach Ausführung der Operation Urin und Menses durch die Blase und die Urethra entleert, im zweiten passieren sie durch die Scheide ins Rektum und werden von hier entleert. Die Erfahrungen haben gelehrt, daß die Blase die durchtretenden Menses gut verträgt, ebenso ist durch die Erfahrungen R.'s erwiesen, daß das Rektum die Passage von Urin- und Menses verträgt, ohne das Geschwürsbildung im Rektum eintritt, wie anderer

seits nicht eine Infektion der Nieren vom Darme aus bei einer gut angelegten schrägen Scheiden-Mastdarmfistel einzutreten braucht. R. hat sich bemüht, durch Nachforschungen nach den von ihm behandelten Frauen festzustellen, ob Dauerheilungen durch diese Methoden erreicht werden; es ist ihm in zwei Fällen gelungen. Der erste ist ein Fall von querer Obliteration der Scheide, 1861 von Wilms operiert; die Frau ist erst vor 8 Jahren im Alter von 81 Jahren gestorben; der zweite ist eine von R. operierte Obliteratio vulvae rectalis, die Betreffende ist schon 19 Jahre bei voller Gesundheit in strengem Dienste tätig. Bezüglich des einen Vorwurfes, den man diesen Operationen machen kann, daß die Betreffenden nicht mehr fähig zum Coitus sind, ist zu bemerken, daß sie diesen Nachteil den Gefahren einer nochmaligen Entbindung weit vorziehen.

2) Herr Rose: Ist die progressive totale Knochenatrophie heilbar?

R. hat 1889 der freien Vereinigung einen jungen Menschen vorgestellt, der nach Osteomyelitis des Schaftes der Tibia mit Vereiterung des Kniegelenkes und Durchbruch des Eiters in den Oberschenkel geheilt worden war, nachdem ein Totalsequester der Tibia von 17 cm Länge mit einer spitzen Fortsetzung in das Knie entfernt worden war; aus dem Kopf der Tibia waren verschiedene kleine Sequester ausgestoßen worden. Bei fast vollendeter Heilung trat ohne faßlichen Grund eine Pseudarthrose an der Grenze des oberen Drittels ein infolge sekundärer Atrophie der Tibia, die sich progressiv abwärts verbreitete trotz Anwendung der bekannten Pseudarthrosenmittel und -Operationen. Der Kranke wurde gehfähig gemacht, indem der Perioststrang bloßgelegt, aufgeschnitten und ein 15 cm langer Elfenbeinstab in die beiden Knochenenden eingepflanzt wurde. Die Knochenneubildung wurde nicht angeregt, es trat vielmehr noch eine Atrophie des ganzen Beines ein, und auch das Wadenbein wurde in der Mitte weich; der Kranke mußte einen Stützapparat tragen. Er war bei der Vorstellung vollständig geheilt; der Elfenbeinstab ist nicht, wie Schuchard in der Deutschen Chirurgie angegeben hat, herausgeeitert. Die Wunde ist seitdem immer geschlossen gewesen. Erneute Nachforschungen nach ihm ergaben, daß er sich bis jetzt dauernd guter Gesundheit erfreut hat. R. hat ihn vor einigen Wochen untersucht. Das Bein ist jetzt vollständig tragfähig; wie photographische Aufnahmen beweisen, kann er sich allein auf dem Beine stehend halten. Die Verkürzung beträgt 6 cm, wie vor 14 Jahren. Man fühlt deutlich neugebildeten Knochen; der Elfenbeinstift hat die allmähliche Reproduktion des Knochens angeregt. Der Fall beweist also, daß die progressive totale Knochenatrophie heilbar ist.

3) Herr Rose bespricht eine eigene Art gequetschter Wunden.

Er hat in der letzten Zeit öfters Verletzungen an den Fingern und der Hand gesehen, entstanden dadurch, daß die Verletzten in die in Wäschereien gebrauchten Dampfwalzen geraten waren. Die Verletzungen setzen sich zusammen aus tiefen Verbrennungen auf der Volarseite und Quetschungen auf der Dorsalseite. R. ist bei den Verletzungen der Hand bis zum äußersten konservativ; er hat stets betont, daß selbst, wenn die Hand und die Finger steif bleiben, den Verletzten nach der Heilung ein Taststock bleibt, der ihnen, besonders wenn sie irgend wie an den Augen geschädigt sind, von größtem Werte ist. Wenn man die Dampfwalzenwunden zuerst sieht, kann man bei ihrem schauderhaften Aussehen auf den Gedanken einer Amputation kommen. Die Erfolge bei den vorgestellten Pat. lehren aber, daß bei konservativem Verhalten die Hände so ausheilen, daß sie zu kleinen Verrichtungen, zum Greifen und Fühlen, recht gut zu brauchen sind.

4) Herr Rose: Versuch der Radikalheilung einer inneren Hernie.

Bei einem am 8. Tage nach akuter Einklemmung mit subnormaler Temperatur eingelieferten Pat. erhob R. den Befund einer inneren Inkarzeration in einer großen Hernia mesogastrica sin., welche hinter das Colon descendens ging. Der Bruchsack war so groß, daß seine vordere Wand die Bauchwand berührte und der von einem Medianschnitte vordringenden Hand dort ein Hindernis bot; er enthielt fast den ganzen Dünndarm. Die Därme ließen sich gut herausziehen; sie waren hoch-

gradig entzündet; die vordere Wand der Bruchpforte spannte sich als ein derber, gespannter Strang von der Radix mesenterii nach dem Becken zu; die Vasa mesenterica inferiora verliefen in der Kante dieses Stranges. Der Versuch der Radikalheilung bestand nun darin, daß die in der Kante der vorderen Wand der Bruchpforte verlaufenden Vasa mes. inf. doppelt unterbunden und dazwischen die Bruchpforte gespalten wurde; die Ränder des Schnittes zogen sich weit auseinander und die Taschenbildung war beseitigt. Der Pat. starb 26 Stunden danach; es waren von der Operation ab sieben reichliche Stuhlentleerungen erfolgt. Das Präparat entspricht genau der Abbildung einer Hernia mesenterica von Astley Cooper.

5) Herr Rose: Hüftexartikulation oder Zehschuh?

R. bekam eine von anderer Seite bereits vielfach operierte Pat. in folgendem Zustande ins Krankenhaus: An der rechten Hüfte bestand eine Luxatio iliaca; an der linken Hüfte fand sich eine Synostose in maximaler Außenrotation und Abduktion, in der Mitte des Oberschenkels ein winkliger Knick in sagittaler Richtung infolge einer schlecht geheilten Osteotomie; das linke Knie war vollständig nach hinten luxiert und schlotterte nach allen Richtungen. Rechts wurde die Einrenkung der Hüfte vorgenommen. Links lag die Frage einer Hüftexartikulation nahe; R. umging diese und erhielt der Pat. ein allerdings um 18 cm verkürztes Bein, das aber mit Hilfe des von R. angegebenen Zehschuhes stützfähig und zum Laufen brauchbar ist. Die operativen Maßnahmen, die das Bein in die richtige Stellung brachten, bestanden in Resektion der linken Hüfte, in einer keilförmigen Osteotomie in der Mitte des linken Oberschenkels und in einer totalen Resectio genu. Die Pat. konnte bei der Entlassung an einem Stocke laufen, wie Photographien zeigen.

6) Demonstration einer großen Cyste des Parovariums (10 Liter Inhalt), die per coeliotomiam nach Spaltung des Peritonealüberzuges sich in toto ausschälen ließ; die Pat. ist, trotzdem zahlreiche Adhäsionen gelöst worden waren, ohne Drainage glatt geheilt.

7) Herr Rose: Über die Degeneration der Male.

R. erinnert an seine früheren Erfahrungen, welche das Wachsen der Naevi und die maligne Degeneration der sich vervielfältigenden Fibrome in Myxome und Sarkome an mehreren von ihm beobachteten Fällen dargetan haben. Er hat zur Zeit wieder einen Fall sich vervielfältigender Naevi maculosi in Beobachtung (Photographie). Bei der Pat. hatte sich ein Tumor im rechten Pectoralis und ein zweiter in der seitlichen rechten Brustwand entwickelt. Beide wurden exstirpiert; die Exstirpation des an der Brustwand gelegenen erforderte die Resektion zweier Rippen; bei der Eröffnung des Pleuraraumes wurde die Intaktheit der Lunge festgestellt. Die mikroskopische Untersuchung des im Pectoralis gelegenen Tumors ergab Myxosarkom.

8) Demonstration eines Präparates von abgerissener Milz, die bei der Sektion eines sterbend eingelieferten Kindes mit Rippenfrakturen und Lungenzerreißung gefunden wurde; sie lag ganz nach rechts verschoben im Abdomen.

9) Demonstration der anatomischen Präparate von Arthritis deformans (Knorpelgicht) aus der Privatsammlung des Herrn Rose.

R. Wolff (Berlin).

---

24) 53. Jahresversammlung der American medical association.

(Journ. of the amer. med. assoc.)

(Fortsetzung.)

Hyde, Montgomery, Ormsby: A contribution to the subject of radiotherapy and phototherapy in carcinoma, tuberculosis and other diseases of the skin.

Pfahler: Notes on x-ray-treatment of cancer.



Schmidt: The technic of x-ray-therapy as applied to diseases of the skin.

Die drei ersten Vortr. haben 55 Fälle von Hautkrebs mit 25 »Heilungen« behandelt, 14 Fälle von Hauttuberkulose, 9 Fälle von Lupus erythematosus. Aus ihren Beobachtungen und Ergebnissen schließen sie folgendes: Die Behandlung der Hauttuberkulose mit X-Strahlen und mit Finsenlicht ist jeder anderen Behandlungsart dieser Krankheit überlegen. Die Lichtbehandlung bei Lupus erythematosus hat ebenfalls viel bessere Ergebnisse gehabt als sonst irgend ein Verfahren. Bei Hautkrebs von oberflächlichem Sitze und großer Flächenausdehnung ist die Behandlung mit Röntgenstrahlen allen bekannten Behandlungsmethoden vorzuziehen, während umschriebene Geschwülste derart leichter operativ entfernt werden. Bei tiefer liegenden Hautkrebsen soll der chirurgischen Entfernung eine länger dauernde Nachbehandlung mit Röntgenstrahlen folgen, bei inoperablen bringt die Behandlung mit solchen wenn keine Heilung, so doch Besserung und Erleichterung. Besonders machen die Redner darauf aufmerksam, daß durch Erregung einer Entzündung in der Umgebung der Geschwulst leicht eine Weiterverbreitung und Metastasenbildung angeregt werden kann. — Bei ausgedehnter Hypertrichosis bei Acne rosacea, chronischem Ekzem, Psoriasis, auch bei Pilzerkrankungen der Haut, wie Blastomykose und Mycosis fungoides, haben sie gute Erfolge erzielt. Sie empfehlen die Behandlung aber nur bei solchen Fällen, bei welchen andere Verfahren versagt haben. Bei Tuberkulose ist die Lichtbehandlung besser als X-Strahlenbehandlung. Redner warnen vor dem Gebrauche letzterer namentlich in den Händen Ungeübter. — Pfahler teilt behandelte Fälle ausführlicher mit; ebenso sein Verfahren und technische Einzelheiten. Den Gebrauch der X-Strahlen empfiehlt er für alle Karzinome, besonders die inoperablen, und ebenso zur Nachbehandlung nach Operationen. — Schmidt gibt ausschließlich technische, bis ins einzelne gehende Vorschriften. — In der sehr umfangreichen Diskussion, an der sich zahlreiche Arzte beteiligen, wird im allgemeinen den vorangehenden Ausführungen zugestimmt, zahlreiche einschlägige Fälle werden mitgeteilt.

Thomson — Behandlung des Schenkelhalsbruches — will bei allen Fällen knöcherne Vereinigung erreichen durch sofortige Anlegung eines Gipsverbandes bis mitten auf die Brust. Vor Ablauf von 3 Monaten darf das Bein nicht belastet werden. Bei veralteten Fällen Aneinandernageln der Bruchstücke.

Roberts berichtet über Behandlung des Querbruches der Kniescheibe mit subkutaner Tabaksbeutelnaht, die mit einer starken, langen Nadel ausgeführt wird. An vier Stellen wird ein- und aus- bezw. wieder von neuem eingestochen und so die Naht rings um die Kniescheibe geführt, an der ersten Einstichstelle geknotet, nachdem die Bruchenden gegeneinander gerieben sind, um eingeklemmte Weichteilfetzen zu entfernen. Nachbehandlung: längere Zeit Gipsschiene, frühzeitiges Aufstehen, Massage, passive Bewegungen. — Diskussion: Levings (Milwaukee) empfiehlt Eröffnung des Gelenkes zur Entfernung des Blutergusses wegen der leichteren Annäherung der Bruchenden und zur Vermeidung von Verklebungen im Gelenke. — Beck (New York) will operative Maßnahmen, wie die beschriebene Naht, nur bei starkem Klaffen angewandt wissen, da die Heilung sonst durch die alten Mittel ebenso leicht zu erreichen sei.

Rotch: Bauchfelltuberkulose der Kinder und ihre Behandlung durch Laparotomie. Dieselbe ist auf die chronische Form der tuberkulösen Peritonitis zu beschränken. Die Kinder unter 1 Jahr geben dabei, weil meistens gleichzeitig Tuberkulose anderer Organe vorliegt, eine ungünstige Prognose für die Laparotomie, bessere das Alter von etwa $1^1/_2$—4 Jahren, wo es sich meist um die chronische Form handelt. Je mehr Ascites vorhanden, desto besser im allgemeinen die Aussicht auf Erfolg, während die Formen, welche nur Strang- und Bandbildung zeigen, am ungünstigsten für die Laparotomiebehandlung sind. Erkrankte Gekrösdrüsen müssen nach Möglichkeit entfernt werden. Die Tatsache, daß Bauchfelltuberkulose auch von selbst ausheilen kann, soll nie von der Laparotomie abhalten, die an sich kein gefährlicher Eingriff ist, besonders nicht bei frühzeitiger Anwendung. Tabellarische Übersichten über 69 von 1884—1902 in

der Kinderklinik der Harward-Universität in Boston behandelte Fälle sind beigefügt. — Diskussion: Dodson (Chicago) will für die Diagnose Tuberkulin in größerem Umfange angewandt wissen. Außer Laparotomie kommen für die Behandlung noch Röntgenstrahlen in Betracht, besonders für inoperable Fälle.

Anthony: Die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose.

Lupus erythematosus ist an sich keine tuberkulöse Erkrankung, kann aber von Tuberkulose begleitet sein. Tuberkulose kann symptomatischen Lupus erythematosus erzeugen, gewöhnlich atypische, zerstreute Flecken. — In der Diskussion wird von allen Seiten der Ansicht, daß Lupus erythematosus mit Tuberkulose nicht das Geringste zu tun hat, zugestimmt.

Croftan teilt Versuche mit, die er mit Substanz von Nebennierengeschwülsten gemacht hat, um auf chemischem Wege solche von eigentlichen Nierengeschwülsten unterscheiden zu können. Frischer Extrakt von Nebennieren erzeugt 1) bei subkutaner Injektion bei Versuchstieren vorübergehende Glykosurie, 2) wirkt auf Stärke als diastatisches Ferment, verliert diese Eigenschaft durch Kochen; 3) besitzt die Eigenschaft, durch Jodlösung blaugefärbte Stärke zu entfärben. C. konnte aus Extrakt aus einer bei Sektion gefundenen frischen Nebennierengeschwulst diese sämtlichen Eigenschaften nachweisen, während Extrakte aus normaler Niere, aus dem jener Niere, welche zum Teil von Nebennierengeschwulst durchwachsen war und aus Karzinom des Nierenbeckens völlig unwirksam in dieser Hinsicht waren. Die Entfärbung der Jodstärke, die sehr schnell eintritt, falls nicht zuviel Jod zugesetzt ist, hält Redner für eine wirksame Reaktion, um gegebenen Falles während der Operation eine Nebennierengeschwulst mit Sicherheit festzustellen. — Diskussion: Libman (New York) teilt einen Fall von Diabetes bei einem jungen Mädchen mit, bei dem die Sektion große Nebennierengeschwulst ergab.

Walker hat drei Fälle von schwerer Gastroptose durch Gastrojejunostomie zur Heilung gebracht. Er wandte dabei das Verfahren von McGraw an, das darin besteht, daß 1) Aneinanderlegen der Serosafläche der zu vereinigenden Teile durch fortlaufende Naht ausgeführt wird; 2) ein starker Gummifaden mit Nadel durch die beiden Darmteile je zweimal durchgeführt und dann geknotet wird, so daß er die gefaßten Teile stark schnürt; über die mit einem starken Seidenfaden noch gesicherte Schnürschlinge eine zweite Serosanaht gelegt wird, so daß die ganze abgeschnürte Stelle durch sie versenkt wird. Es erfolgt dann Verwachsung der aneinander gelegten Serosaflächen und allmählich schneidet der Gummifaden durch und stellt so die breite Verbindung der Darmlichtungen her. Er rühmt die Einfachheit, Schnelligkeit und Leichtigkeit des Verfahrens, Sicherheit vor Infektion, Fehlen eines größeren Fremdkörpers, Herstellung einer größeren Öffnung als durch anderes Vorgehen ohne Neigung zur Narbenschrumpfung. Von letzterem Verhalten konnte er sich bei einer seiner Pat., die nach Ausführung der Gastrojejunostomie noch dreimal aus anderen Gründen laparotomiert wurde, jedesmal wieder überzeugen. Der Erfolg war in allen drei Fällen gut.

Fergusson teilt seine Erfahrungen über Operationen an der Gallenblase und ihren Ausführungsgängen mit. Bemerkenswert sind seine Erfahrungen über Kolikanfälle, die durch Verlagerung der Gallenblase teils mit, teils ohne Verwachsung erzeugt waren und durch Richtiglagerung behoben wurden.

Trapp (Bückeburg).

---

25) **Grober.** Tetanus chronicus.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Aus den Tropen sind Tetanusfälle bekannt, in denen lange Zeit, Jahre hindurch, Kontraktionen der Muskeln bestanden, nicht aber aus unseren Gegenden. G. gibt einen solchen einheimischen Fall aus der Jenenser medizinischen Klinik.

Bei einem 12jährigen Knaben fanden sich 5 Monate nach Beginn des Tetanus Kontrakturen der Kiefer-, Nacken-, Hals- und Brustmuskeln, welche als harte,

festgespannte Wülste sichtbar waren. An den Extremitäten nahm die Intensität der Kontrakturen nach den Enden hin ab, so daß Finger und Zehen frei bewegt werden konnten. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln war erheblich herabgesetzt, doch fehlte Entartungsreaktion. Reflexe gleichfalls sehr herabgesetzt, Sensibilität intakt. Anfallsweise Steigerungen der Kontrakturen kamen nicht vor. Eine viermonatliche klinische Behandlung war ohne wesentlichen Effekt; nach dem Berichte des Arztes bestand noch 2 Jahre nach Beginn der Krankheit dieser Zustand fast unverändert. Vermutlich ist es zu einer allmählich fortschreitenden Myositis fibrosa gekommen; den histologischen Beweis dafür zu erbringen, war nicht möglich, da Entnahme von Muskelteilchen zur mikroskopischen Untersuchung nicht erlaubt wurde. **Haeckel** (Stettin).

26) **M. Ferraton.** Trois cas de gangrène gazeuse terminés par guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1902. Nr. 7.)

Es handelt sich in den drei Fällen um Verletzungen durch Jagdflinten, und zwar zweimal durch Schrotschüsse, einmal durch Schuß mit Rehposten. Daß diese kleinen Geschosse nicht immer anstandslos einheilen, sondern zu recht ernsten Erscheinungen führen können, geht aus der Schilderung hervor, und zwar kam es in allen drei Fällen zur Entwicklung von Gasphlegmone (Gangrène gazeuse). Der erste Fall verlief am schwersten; nach der Amputation des Oberarmes schritt die Entzündung fort, tiefe Kauterisationen des Stumpfes mit dem Paquelin und Einspritzen von Wasserstoffsuperoxyd waren von Erfolg begleitet. Im zweiten Falle wurde die Amputation des Unterschenkels notwendig, worauf Besserung eintrat, im dritten Falle endlich, in welchem der Schuß mit Rehposten den Hals getroffen hatte, genügten tiefe Inzisionen, um die Gasphlegmone zu kupieren. Bakteriologisch wurde leider nur im zweiten Falle untersucht und der Bazillus der Septhämie angetroffen. In den beiden ersten Fällen wurde Tetanusantitoxin prophylaktisch und außerdem später zum Auswaschen des Blutes subkutan artifizielles Serum literweise injiziert. Verf. schreibt dieser Injektion des Serums und der Kauterisation mit nachfolgender Einspritzung von Wasserstoffsuperoxyd den Heilerfolg im ersten schweren Falle zu. **Herhold** (Altona).

27) **C. C. Barrows.** The treatment of acute septicaemia by the intravenous infusion of a solution of formaldehyde with report of a case.

(New York med. journ. 1903. Januar 31.)

Verf. versuchte, die Tierexperimente Ewing's und insbesondere Maguire's (Lancet 1900 Dezember) in die Praxis zu übertragen; letzterer hatte an Ratten konstatieren können, daß Einspritzungen von Formaldehydlösungen in Konzentration 1 : 250000 noch sicher keimtötend wirken, und hatte schließlich durch Versuche an seiner eigenen Person gefunden, daß das Maximum, das der Erwachsene vertragen könne, 50 ccm einer Formaldehydlösung in der Stärke 1 : 20000 (= 1 : 700 Formalin) seien. Der Fall des Verf. betraf eine 26jährige Negerin, welche einen Abort durchgemacht hatte; es war ein 6monatlicher, völlig macerierter Fötus abgegangen; es traten Schüttelfröste auf und Fieber bis 105° F. Eine Curettage förderte stinkende Placentarreste zutage, das Bild der allgemeinen Sepsis wurde aber immer deutlicher. Eine Blutuntersuchung erwies Fehlen von Malariaparasiten, dagegen konnte aus dem Blute in Bouillon eine Reinkultur von Streptokokken gezüchtet werden; der Puls betrug 160, die Temperatur 108° F., die Respiration 38 bei Fehlen irgend welcher lokaler Symptome. Nun wurde eine intravenöse Injektion von 500 ccm einer wässrigen Lösung 1 : 5000 Formalin gemacht; nach 6 Stunden Temperatur 101° F., Puls 104, Respiration 28. Nach 24 Stunden Wiederansteigen der Temperatur auf 103° F., während der Puls auf 112 blieb; es wurde eine zweite Injektion von 750 ccm der gleichen Lösung gemacht, worauf die Temperatur normal blieb und verschiedentliche Blutkulturen sich als steril

erwiesen; mikroskopische Blutuntersuchungen ergaben keine Veränderungen der roten Blutkörperchen.

Verf. warnt vor den Einspritzungen, wenn nicht Kulturen des Blutes das Dasein von Bakterien erwiesen hätten; auch dürfte sich empfehlen, statt einer wässrigen Lösung eine Kochsalzlösung zu benutzen.

Wenn auch dieser einzige Fall noch nicht viel beweist, so dürfte er doch in Zusammenhang mit den Experimenten eine gewisse Bedeutung haben, da er zu beweisen scheint, daß der Organismus das Formalin in nicht zu starker Konzentration ohne besondere Reaktion zu ertragen vermag, und andererseits in der Vernichtung der Bakterien eingreifen kann. **Scheuer** (Berlin).

28) J. Sternberg. Über Operationen an Diabetischen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

Die Erfahrungen an dem Gersuny'schen Materiale bei 10 Kranken mit 16 größeren Eingriffen wegen Leiden, welche unabhängig von dem bestehenden Diabetes sich entwickelt hatten, sowie bei etwa 70 Narkosen wegen Gangrän, Eiterungen u. dgl. auf Grundlage des Diabetes stimmen mit den Grundsätzen überein, welche aus der neueren Literatur sich gewinnen lassen. An einem Diabetischen kann jeder als notwendig erkannte operative Eingriff ausgeführt werden. Die Diät ist zu überwachen, eine diätetische Vorbereitungskur ist wünschenswert, aber nicht Bedingung. Narkose, Operationsmethode und Verband sind so einfach als möglich zu wählen. **Herm. Frank** (Berlin).

29) Büdinger. Splenektomie wegen Stieldrehung der Milz.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 6. November 1902.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 46.)

30) E. Ullmann. Milzexstirpation wegen Stieltorsion.

(Ibid.)

31) Latzko. Milzexstirpation wegen cystischer Milzgeschwulst.

(Ibid.)

B. stellt eine 37jährige Frau vor, die, im 3. Monate schwanger, plötzlich an heftigen Bauchschmerzen erkrankte. Geschwulst in der linken oberen Bauchgegend, von Tag zu Tag wachsend. Nach einigen Tagen peritonitische Symptome. Operation. Die Milz fand sich um die Längsachse und Querachse je um 180° gedreht, die Gefäße liefen hinter der Milz her und schlugen sich um den lateralwärts gedrehten medialen Rand. Glatte Heilung nach Exstirpation. Die Milz war nur wenig vergrößert. [Der Fall unterscheidet sich von allen bisher publizierten Fällen von Stieldrehung der Milz dadurch, daß 1) noch keine Stieldrehung um die Längsachse beschrieben ist; 2) betreffen alle anderen Fälle Wandermilzen.]

U. hat seine Kranke, wie er in der Diskussion ausführt, vor 2 Jahren operiert. Große Geschwulst in beiden Hypochondrien, als bewegliche Milz — nach Malaria — diagnostiziert. Nach 14 Tagen lag sie im rechten Hypochondrium, war prall, sehr schmerzhaft. Es unterlag keinem Zweifel, daß es sich um eine Stieldrehung der ins rechte Hypochondrium verlagerten Milz handelt. Exstirpation, Heilung. Auch diese Pat. war im 4. Monate schwanger, ging einige Wochen nach ihrer Entlassung an septischem Abort zu Grunde.

In L.'s Falle handelte es sich um eine Frau mit einer kindskopfgroßen, cystischen, im kleinen Becken liegenden Geschwulst, die als Ovarialcyste angesprochen wurde. In Beckenhochlagerung glitt sie in das linke Hypochondrium, so daß knapp vor der Operation das Vorhandensein einer cystischen Milzgeschwulst in Betracht gezogen wurde. Nach Eröffnung fand man eine hämorrhagische Cyste der Milz, die deren unteren Pol einnahm. Die Milz ließ sich mit großer Leichtigkeit vor die Bauchdecken ziehen, wodurch sich ein allseitig freier, zweifingerdicker Stiel anspannte, der sich aus den Milzgefäßen und dem Pankreasschweif zusammensetzte.

In der Diskussion erläuterte Zuckerkandl noch die anatomischen Bedingungen zum Zustandekommen derartiger Affektionen unter Demonstration eines analogen Präparates, in dem es sich um eine Hemmungsbildung im Bereiche des Mesogastriums handelte. **Hübener** (Dresden).

32) **E. Ullmann.** Gumma der Leber durch Leberresektion entfernt.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 14. November 1902.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 47.)

49jährige Frau zeigte eine mit der Leber zusammenhängende, eigentlich in derselben liegende, mannsfaustgroße Geschwulst unter dem linken Rippenbogen, von derber Beschaffenheit und unebener, etwas höckriger Oberfläche. Diagnose zwischen Karzinom der Gallenblase und Gumma. Operation. Die Geschwulst sitzt in der Leber, deren Kapsel über dem ersteren weißlich getrübt ist und Vertiefungen zeigt. Kompression der Leber durch Assistentenfinger, etappenweise Resektion, die blutenden Gefäße werden gefaßt und unterbunden. Zur anderweiten Blutstillung wurden doppelt armierte Nadeln durch die Bauchdecken unterhalb der parallel zum Rippenbogen verlaufenden Bauchwunde geführt, dann durch das Lebergewebe, endlich durch die oberen Bauchdecken gezogen und zwei und zwei dieser Fäden über der Bauchdecke geknüpft. Dadurch wurde auch die Wundfläche der Leber so in den Wunden extraperitoneal befestigt, wie v. Hacker für die extraperitoneal-intraabdominelle Stielversorgung bei der Myomotomie vorgeschlagen hat. Heilung. **Hübener** (Dresden).

33) **R. J. Gundegger.** Ein Fall geschwüriger Cholecystitis bei Unterleibstyphus mit Perforation in die Bauchhöhle.

(Balnitschnaja gaseta Botkins 1902. Nr. 41. [Russisch.])

Bei einem 28jährigen Typhuskranken traten am 8. Tage der Erkrankung plötzlich starke Schmerzen im Bauche auf und Erbrechen. Objektiv nichts nachzuweisen. Allmählich entwickelte sich eine Druckempfindlichkeit der Lebergegend und ikterische Färbung der Conjunctivae sclerae. 11 Tage nach dem ersten ein zweiter Schmerzanfall ohne Erbrechen, aber mit zunehmendem Verfall, zugleich Auftreibung und stärkere Druckempfindlichkeit der rechten Bauchseite. Diagnose: Perforationsperitonitis. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie erweist sich die Diagnose als richtig, doch wird eine Darmperforation nicht gefunden. Tod nach 2 Tagen. Erst die Sektion ergibt als Ursache der Perforationsperitonitis eine Cholecystitis ulcerosa typhosa cum perforatione. In der Epikrise betont Verf. die Notwendigkeit der Untersuchung der Gallenblase bei der Laparotomie in Fällen von Typhus mit Perforationsperitonitis, zumal wenn Darmperforationen nicht vorhanden sind. **P. Rathcke** (Berlin).

34) **F. G. Kinnikutt.** Pancreatic lithiasis with report of a case.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. Dezember.)

An sich eine große Seltenheit, ist Steinbildung im Pankreas nur von Capparelli, Lichtheim und Minnich je einmal am Lebenden erkannt worden. K. berichtet über eine in vieler Beziehung interessante eigene Beobachtung von gleichzeitiger Lithiasis in Pankreas und Gallenblase, und erörtert anschließend die Symptomatologie und Differentialdiagnose.

Eine 42jährige Frau erkrankte innerhalb der letzten 14 Jahre 6mal unter kolikartigen Erscheinungen, welche zunächst auf ein Gallensteinleiden bezogen wurden. Mehrere erbsengroße, rauhe Steine, welche im Verlaufe eines Anfalles mit dem Stuhl abgingen, bestanden aus kohlen- und phosphorsaurem Kalk ohne Spuren von Cholestearin oder Gallenfarbstoff, stammten also aus der Bauchspeicheldrüse.

Spätere Anfälle beobachtete K. selbst. Die Schmerzen begannen zwischen den Schulterblättern, strahlten von dort nach der mittleren Bauchgegend aus; gleichzeitig Erbrechen. Im Urin wenig Gallenfarbstoff, kein Zucker; kurzdauernder,

ganz leichter Ikterus. Dauer des Anfalles 48 Stunden. Diese Koliken wiederholten sich mehrmals in ähnlicher Weise, zuweilen mit Schüttelfrost und hohem Fieber, mit oder ohne Ikterus und Steinabgang. In der Zwischenzeit stets Verdauungsstörungen. Die Steine bestanden bald aus Kalk, höheren Fettsäuren etc., bald vorwiegend aus Cholestearin. Bei verschiedenen Anfällen wurden also abwechselnd Pankreassteine und Gallensteine entleert. Die Fettresorption war meist normal, dagegen das ausgeschiedene Fett zu 42,6% neutral, die Spaltung des Fettes in Fettsäuren und Seifen also herabgesetzt (Müller).

Die Differentialdiagnose zwischen beiden Steinleiden ist äußerst schwierig, meist unmöglich. Die von anderen Autoren als charakteristisch beschriebenen subjektiven Symptome: Übelkeit, Erbrechen, Lokalisation der Schmerzen, sowie die objektiven: Ikterus, Glykosurie, Fettstühle sind für eine Steinbildung im Pankreas nicht beweisend, sondern treten auch bei Cholelithiasis auf. Zudem sind viele Täuschungen möglich; so kann ein Gallenstein im Vater'schen Divertikel durch Druck den Ductus pancreaticus verschließen und umgekehrt ein Pankreasstein auf gleichem Wege Ikterus hervorrufen. Glykosurie wird nur bei gleichzeitiger vorgeschrittener Zerstörung der Drüse auftreten.

Von entscheidendem diagnostischem Werte ist, abgesehen von dem Nachweis der Steine, nur die bedeutend verminderte Spaltung des eingeführten Fettes.

Bender (Leipzig).

35) **K. Pichler.** Ein Fall von traumatischer Pankreascyste.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 52.)

37jähriger Pat. erhielt zwei Hufschläge gegen den linken Rippenbogen und die Magengegend. In der 3. Woche nach dem Trauma wurde eine rasch anwachsende Geschwulst unter dem linken Rippenbogen bemerkt, die keine wesentlichen Schmerzen verursachte. Urin frei von Albumen und Zucker. Wechselnde Größe der Geschwulst. 3 Monate nach dem Trauma Operation nach vorangegangener Probepunktion. Anheftung der Oberfläche an die Bauchwand. Entleerung des Inhalts durch Trokar (5 Liter).

Es bildete sich im Verlaufe der Nachbehandlung sehr bald ein Diabetes aus, der $2^1/_2$ Monate nach der Operation verschwand. Keine Polyurie.

Nachuntersuchung fast 1 Jahr nach der Operation ergibt keine Fistel, kein Zucker im Harn. 100 g Traubenzucker werden anstandslos assimiliert.

Hübener (Dresden).

36) **L. Bruns.** Contribuzione clinica ed anatomica alla conoscenza della tubercolosi nodulare del pene.

(Policlinico 1902. Nr. 12.)

B. beobachtete als Komplikation einer einseitigen Nierentuberkulose bei Freisein der Blase und des Genitalapparates eine knotige Penistuberkulose in Gestalt einer sehr schmerzhaften, erbsengroßen Geschwulst. Pat. starb an der Nephrektomie. Der Knoten sitzt halb im Corpus cavernosum urethrae, halb unter der Haut, besteht aus einem Konglomerat käsiger Tuberkel.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

37) **Lipman-Wulf.** Über Harnröhrenfistel und Krebs.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 3.)

Bei einem 50jährigen Pat. hatte sich infolge eines Traumas eine schwere Striktur im hinteren Teile der Harnröhre mit Harnverhaltung, Schwellung und Entzündung am Damm ausgebildet, zu deren Beseitigung die Urethrotomia externa vorgenommen wurde. Es entstand eine Dammfistel, die sich nicht schloß, und nun entwickelte sich ein Karzinom, welches bei rapidem Wachstum im Laufe von noch nicht einem Jahre unter fortschreitendem Marasmus zum Tode führte.

Es sind erst einige 20 Fälle genauer beobachtet und beschrieben, bei denen ein Harnröhren- oder ein Harnröhrenfistelkrebs primär an der männlichen Harn-

röhre entstanden war. Das Alter der Pat. schwankte zwischen 19 und 72 Jahren. Die wahre Natur des Leidens bleibt leider oft noch lange Zeit unerkannt; diese Fälle werden oft lange Zeit als Stricturae graves behandelt, ohne daß das aus den Fisteln aussickernde Sekret mikroskopisch, die Umgebung der Fistel histologisch untersucht und das Auftreten von Leistendrüsenschwellung beachtet würde. Das häufige Auftreten von reichlichen Blutungen, selbst bei vorsichtigen Bougierversuchen, sollte ebenfalls zur Diagnose Karzinom leiten. Als diagnostisches Hilfsmittel empfiehlt Verf. sehr die Urethroskopie. Die Prognose richtet sich nach dem Sitz der Erkrankung: je weiter vorn in der Harnröhre, um so günstiger sind die Aussichten auf Heilung. Die Harnröhrenkrebse entwickeln sich meistens bei Leuten, die jahrelang an schweren Harnröhrenstrikturen gelitten haben, welche gonorrhoischer oder traumatischer Natur sein können. Doch entwickelte sich in einzelnen Fällen die Neubildung auch spontan, ohne daß Gonorrhoe, Trauma oder Fistelbildung vorausging. Eine dritte Möglichkeit der Entstehung, wenigstens für am Damm befindliche Krebse, ist die Entwicklung von den Cooper'schen Drüsen aus, doch ist nur in den seltensten Fällen ganz im Anfange des Leidens dieser Ursprung mit Sicherheit zu eruieren. **Langemak** (Rostock).

38) **Roux de Brignoles** (Marseille). Hypertrophie de la prostate. Prostatectomie périnéale totale. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 496.)

B. erzielte bei eimem 66jährigen, sonst gesunden Manne mit Prostatahypertrophie durch Exzision der Prostata ein sehr gutes Resultat, würde aber in einem zweiten Falle dem von ihm gewählten Querschnitt den von Gosset und Proust empfohlenen ∧-Schnitt vorziehen. Ein durch die Operation gesetzter kleiner Substanzverlust der Unterwand der Harnröhre heilte, obwohl B. auf Naht verzichtete, ohne Störung und ohne eine Verengerung zu hinterlassen.

Reichel (Chemnitz).

39) **W. Meyer** (New York). The treatment of prostatic hypertrophy associated with stone in the bladder by means of litholapaxy and Bottini's operation at one sitting.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Verf. hat drei seiner Pat., welche gleichzeitig an Prostatahypertrophie und Blasensteinen litten, entgegen seiner bisherigen Gepflogenheit (er bevorzugte bis dahin die Sectio alta mit oder ohne Prostatektomie) mit Litholapaxie und Bottini'scher Operation in einer Sitzung behandelt und ist mit seinen Erfolgen sehr zufrieden.

Besonders empfiehlt er diese intravesikale gleichzeitige Behandlung der Prostatahypertrophie und Steinkrankheit für alte Leute. Er führt erst die Lithotrypsie aus und läßt dann sofort die Bottini'sche Operation folgen. Dreimal 24 Stunden lang bleibt gewöhnlich der Verweilkatheter liegen.

In zweien seiner Fälle wandte er mit gutem Erfolge die spinale Anästhesie an.

Seefisch (Berlin).

40) **Viertel** †. Erfahrungen über die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels Bottini'scher Operation.

(Monatsberichte für Urologie [Casper und Lohnstein] Bd. VII. Hft. 12.)

Die letzte Arbeit des um die Chirurgie der Harnorgane hochverdienten Forschers und vielbeschäftigten Praktikers, überarbeitet und herausgegeben von Dr. V. Winckler.

Es werden zunächst einige der wichtigsten Symptome der Prostatahypertrophie angeführt, unter ihnen als weniger bekanntes die Behinderung des Schluckaktes, die auch Grosglik beobachtet hat.

Vor der Operation ist zunächst die lokale Diagnose zu stellen; die Bedeutung der Cystoskopie wird gebührend hierbei hervorgehoben. Niemand wird mehr die Bottini'sche Operation ohne vorherige Cystoskopie wagen. Auch die vorherige Prüfung der Blasenfunktion ist wichtig.

Sind Pat. mit mittelstarker Hypertrophie zugleich mit Steinen behaftet und besteht Diabetes oder schlechter Zustand des Herzens und Nervensystems, so ersetzt V. die Bottini'sche Operation durch eine vom Medianschnitte aus gemachte Prostatakerbung mit dem Messer.

Im Gegensatze zu Freudenberg füllt V. die Blase mit Borlösung; das Wasser schädigt die Glühwirkung nicht; die Schnitte werden sehr langsam gemacht, 1 cm hin und zurück in einer Minute. 3 Tage Verweilkatheter. Der Vorschlag, alle 3—4 Tage mit einem Tubus ein Jodoform-Kakaobutterstäbchen in die hintere Harnröhre einzuführen zur besseren Pflege der Brandschorfe, erscheint Ref. nicht sehr glücklich. Die Heilungsvorgänge wurden cystoskopisch und urethroskopisch beobachtet.

Die Arbeit ist mit vortrefflichen Photographien charakteristischer Formen von Prostatahypertrophie ausgestattet, leider fehlen aber alle statistischen Angaben über die Heilerfolge V.'s. **Willi Hirt** (Breslau).

41) P. Herescu (Bukarest). Der Ureterenkatheterismus in Verbindung mit Methylenblau zur Feststellung der Funktionstüchtigkeit jeder Niere.

(Spitalul 1903. Nr. 1. [Rumänisch.])

Der interessante Fall, den H. in seiner Krankenhausabteilung beobachten konnte, liefert einen weiteren Beweis für die Wichtigkeit der Harnleitersondierung, um den Harn jeder Niere für sich auffangen und untersuchen zu können.

Die 42jährige Pat. litt seit etwa 8 Monaten an häufigem Harndrange und Schmerzen beim Urinieren; dabei war der Harn blutig und eiterhaltig. Die rechte Niere war groß, tiefstehend, ballotierend, etwas empfindlich, während die linke Niere unfühlbar war, auch keine Schmerzen dieser Seite bestanden. Während also dieser Befund eher eine Erkrankung der rechten Niere annehmen ließ, zeigte die Sondierung der Harnleiter in Verbindung mit gleichzeitiger subkutaner Einspritzung von 0,05 Methylenblau, daß dieselbe vollkommen gesund war, hingegen Tuberkulose der linken Niere bestand. Der Harn der rechten Niere war normal, der der linken zeigte verminderte Harnstoffmenge, viel Eiweiß und Koch'sche Bazillen. Rechts erschien das Methylenblau im Harn nach $1^1/_2$ Stunden, während links nach $3^1/_2$ Stunden kaum eine leichte Grünfärbung wahrzunehmen war. Da Pat. ihre Einwilligung versagte, konnte die Exstirpation der erkrankten Niere nicht ausgeführt werden. **E. Toff** (Braila).

42) Israel. Beiträge zur Chirurgie des Harnleiters.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

Bei einer hydronephrotischen Solitärniere mit zwei Harnleitern, deren linker gänzlich, deren rechter unvollständig undurchgängig war, bestand nach zwei Operationen eine Fistel, durch deren Verschluß ein partieller Urinabfluß nur kurze Zeit erzwungen werden konnte, weil das Nierenbecken dann durch den Residualharn unerträglich gespannt wurde.

Eine Freilegung der Niere gelang nur unvollkommen, da das Organ ganz nahe der Mittellinie lag. Ebenso mußte ein Nahtverschluß der Fistel wieder aufgegeben werden. Es wurde deshalb eine suprapubische Blasenfistel mit möglichst langem, aufwärts verlaufendem Schrägkanal angelegt und nach der Heilung diese mit der Nierenfistel durch eine silberne Röhre, in deren Mitte ein elastisches Drainrohr eingeschaltet war, verbunden. Um ein Rücklaufen des Urins zu verhindern, wurde in die Röhre ein Kugelventil eingeschaltet. Durch dies Verfahren

bleibt Pat. trocken, schmerzfrei und uriniert in regelmäßigen Abständen auf natürlichem Wege. **Borchard** (Posen).

43) **Guinard.** Résection d'un segment de l'uretère au cours d'une hystérectomie laborieuse. Abouchement de l' S iliaque. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 581.)

Zur Einpflanzung des bei schwerer Myomotomie verletzten linken Harnleiters in die Flexura sigmoidea sah sich G. genötigt, da der Defekt zu groß war und eine Vereinigung der Harnleiterstümpfe mit einander oder Einpflanzung des Harnleiters in die Harnblase unmöglich war. Pat. genas, obwohl die rechte Niere schwer erkrankt war und viel Eiweiß absonderte. Einige Wochen nach der Operation traten allerdings Zeichen von Urämie auf, doch verschwanden sie wieder vollständig.

In der Diskussion teilt Rochard einen von ihm erfolgreich operierten Fall von direkter Vereinigung der Stümpfe eines bei einer Hysterektomie durchschnittenen Harnleiters mit. Der Schnitt durchtrennte diesen 8 cm oberhalb seiner Einmündung in die Harnblase. Einige Monate später sucht der Kranke das Spital wieder auf mit einem Stein an der Stelle der Mündung des genähten Harnleiters in die Blase; Anlaß zur Steinbildung hatte die Seidennaht gegeben.

Reichel (Chemnitz).

44) **G. Schmidt.** Subkutane Nierenverletzungen in der Armee.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 12.)

Verf. fand in den Sanitätsberichten der Armee 1881/82 und 1884—1899 49 Nierenquetschungen und 5 Nierenzerreißungen. Die ersteren, die meistens durch Hufschlag (24mal) verursacht wurden, gingen sämtlich in Heilung aus, während die letzteren, bei welchen meistens auch noch Zerreißungen der Leber und der Därme vorhanden waren, sämtlich tödlich endigten. Einen durch Stoß mit dem Fechtgewehr gegen die linke Bauchseite verursachten und mit Nierenblutung und Nierenkolik einhergehenden Fall hat Verf. selbst beobachtet. Er meint, daß in der Fechterstellung die linke Niere durch Zusammenziehung des M. psoas und des M. quadratus lumborum von der Wirbelsäule abgedrängt, der vorderen Bauchwand genähert und dadurch Verletzungen durch Stoß leichter ausgesetzt würde. Obwohl er nur 5 durch Stoß mit dem Fechtgewehr hervorgerufene Fälle von Nierenquetschung in den Sanitätsberichten fand, schlägt er doch eine schützende Polsterung der linken Bauchseite während des Bajonettierens vor.

Herhold (Altona).

45) **Tabeuttel.** Stichwunde in die Niere.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 45.)

Der Fall verlief günstig, nachdem am 2. Tage wegen bereits eingetretener Urininfiltration die in ihrer Längsmitte verletzte Niere durch langen Schnitt freigelegt und die Nierenwunde mit Gaze ausgestopft worden war. 11 Tage nach der Verletzung war die Nierenwunde geschlossen. **Kramer** (Glogau).

46) **O. Rumpel** (Hamburg-Eppendorf). Ein Fall von doppelseitiger Steinniere, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der funktionellen Nierendiagnostik.

(Monatsberichte für Urologie [Casper und Lohnstein] Bd. VIII. Hft. 1.)

Der Fall ist bemerkenswert durch die enormen Dimensionen der Steine, durch die Ausführung der getrennten Funktionsbestimmung beider Nieren vor und nach der Nephrotomie und durch die überaus scharfen Röntgenphotogramme der Steine, die der Arbeit beigegeben sind. **Willi Hirt** (Breslau).

47) **Hödlmoser. Sprengel'sche Difformität mit Cucullarisdefekt und rechtsseitiger Wanderniere bei einem 12jährigen Knaben.**

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 52.)

Im letzten Decennium ist eine Anzahl Arbeiten über den schlechthin als Sprengel'sche Difformität bezeichneten Schulterblatthochstand erschienen. Über das Entstehen derselben sind verschiedene Auffassungen vertreten worden. Die neueste rührt von Kausch her (s. d. Zentralblatt 1901 Nr. 22), der einen Defekt des unteren und mittleren Cucullarisabschnittes als Ursache betrachtet.

H. bringt einen analogen Fall eigener Beobachtung, der noch durch das Bestehen einer rechtsseitigen Wanderniere kompliziert ist.

Hübener (Dresden).

48) **F. Klaussner. Über die Winkelmann'sche Hydrokelenoperation.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

K. hat in 35 Fällen von Hydrokele die Winkelmann'sche Operation angewendet. Meistens wurde in Lokalanästhesie operiert. Nur einmal trat bei der Luxation des Hodens, welche den schmerzhaftesten Akt darstellt, eine Ohnmacht auf. Anfänglich gab es meist eine stärkere Schwellung der betreffenden Skrotalhälfte, die aber bald wieder zurückging. Die Pat. konnten meist nach 2 Wochen ihrer schweren Arbeit wieder nachgehen. Der Eingriff wurde fast immer ambulant ausgeführt. Der Operierte blieb höchstens 1—2 Tage zu Bett. Rezidive wurden zweimal beobachtet bei Personen, die noch eine andere Erkrankung, Herzfehler und cystisch erweiterten Bruchsack, hatten. Eine leichte Hodenverdickung blieb oft noch lange Zeit bestehen ohne Unannehmlichkeit für die Pat. In einigen Fällen ließ sich bei verdickter Tunika das Verfahren nicht anwenden, da die Ektropionierung Schwierigkeiten machte. Nach einer Literaturzusammenstellung liegen bei 104 Fällen nur 2 Rezidive vor, so daß die Methode mit den übrigen sehr gut konkurrieren kann. Veränderungen am Hoden, besonders Atrophie, ließen sich auch längere Zeit nach der Operation nicht konstatieren. Das Verfahren bietet durch die Einfachheit der Technik, die rasche Heilung, das seltene Auftreten von Störungen und die Möglichkeit der Ausführung in lokaler Anästhesie viele Vorzüge, die es besonders auch für den praktischen Arzt wertvoll erscheinen lassen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

49) **O. Guelliot. Émasculation totale.**

(Union méd. du Nord-Est 1901. April 15.)

Verf. hält in Fällen, bei welchen der Peniskrebs bereits auf die Wurzeln der Corpora cavernosa, auf die Haut des Hodensackes oder der Schambeingegend und auf die Hoden übergegangen ist, die totale Emaskulation, also Entfernung des Penis und des Skrotums mitsamt den Hoden für angezeigt, eventuell mit beiderseitiger Ausräumung der Leistendrüsen. Ist die totale Amputation des Gliedes notwendig, so empfiehlt sich die gleichzeitige Entfernung des Hodensackes, da man in solchen Fällen den Harnröhrenstumpf am Damme ausmünden lassen muß, und das Vorhandensein des Hodensackes dann sowohl die Urinentleerung stören als auch zu lästigen Ekzemen führen würde.

In einem vom Verf. operierten Falle war der Penis bereits bis zur Wurzel durch das Karzinom zerstört, die Ulzeration hatte auf die Haut der Symphysengegend übergegriffen, ebenso nach hinten auf die Scheide der Corpora cavernosa; Drüsenschwellungen waren nicht vorhanden, die Harnentleerung ohne Beschwerden. Die Operation begann mit einer horizontalen, oberhalb der Geschwürsfläche von einer Leiste zur anderen verlaufenden Inzision, sodann Unterbindung und Durchschneidung des Samenstranges beiderseits; von den Endpunkten der ersten Inzision werden 2 seitliche nach unten geführt, welche sich einige Centimeter vor der Afteröffnung vereinigen. Dann Durchtrennung des

Lig. suspensorium penis, möglichst allseitige Ablösung der Corpora ischio-cavernosa vom Becken, Unterbindung der zurückbleibenden Stümpfe der Corpora. Durchschneidung der Harnröhre. Dieselbe wird an der oberen Wandung auf etwa 1 cm Länge geschlitzt, und ihre Ränder am unteren Wundwinkel mit den Hauträndern vernäht, so daß die Mündung einige Centimeter vor der Afteröffnung zu liegen kommt. Vereinigung der Hautwundränder, soweit das möglich ist. Der eingelegte Dauerkatheter wird nach 10 Tagen entfernt, weiterhin glatte Heilung. Über das Dauerresultat wird nichts mitgeteilt. **Mohr** (Bielefeld).

50) **E. Haas.** Über die Resultate der Kastration bei Hodentuberkulose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

Verf.'s Untersuchungen stützen sich auf 115 Fälle von Hodentuberkulose, welche in den letzten 50 Jahren in der v. Bruns'schen Klinik mittels Kastration behandelt worden waren, und beschäftigen sich in der Hauptsache mit der Frage nach den Endresultaten der operativen Eingriffe. Es ergab sich, daß nach einseitiger, wegen einseitiger Erkrankung ausgeführter Kastration in 44,6% dauernde Heilung erzielt worden war; in 26,7% erkrankte nachträglich noch der 2. Hode. Nach beiderseitiger Kastration wurden nicht weniger als 56,7% dauernd geheilt. Die Zeugungsfähigkeit blieb nach Wegnahme eines Hodens erhalten; Entfernung beider Hoden hatte nicht in einem einzigen Falle die sonst so vielfach befürchteten Ausfallserscheinungen zur Folge. Mit Rücksicht auf den progredienten Charakter des Leidens, sowie diese gewiß günstigen operativen Erfolge möchte Verf. an der frühzeitigen Kastration so lange festhalten, bis nicht an der Hand einer zuverlässigen Statistik erwiesen ist, daß eine weniger eingreifende Behandlung gleich gute Resultate zu erzielen vermag. (Vgl. hierzu auch die Ausführungen von v. Bruns auf dem Chirurgenkongresse 1901.)

Honsell (Tübingen).

51) **Stolz.** Über Totalnekrose des Hodens bei Mumps.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Bei einem 18jährigen Manne kam es nach Mumps-Orchitis zur Nekrose des einen Hodens, der bis zur Größe eines Mandelkerns reduziert wurde und so schmerzhaft war, daß er exstirpiert werden mußte; der andere Hode blieb gesund. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß bei völliger Unversehrtheit des Nebenhodens eine Totalnekrose des ganzen Hodens vorlag; ohne Bindegewebsvermehrung zwischen den Samenkanälchen waren die Epithelien der letzteren im Zentrum des Hodens fettig degeneriert unter totalem körnigen Zerfall, an der Peripherie in eine Art hyalinen Gewebes umgewandelt. Das nekrotische Gewebe wurde also einfach abgekapselt, allmählich resorbiert und organisiert, ohne daß es zu einer Eiterung kam.

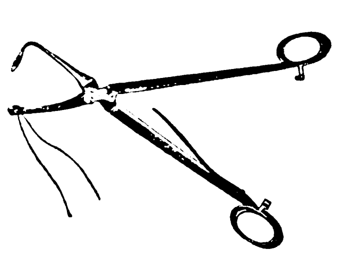
Bemerkenswert ist, daß bisher eine isolierte Totalnekrose des Hodens nur im Gefolge von besonders schweren Schädigungen der Samenstranggefäße bekannt war, welche letztere im vorliegenden Falle ganz unversehrt waren.

Haeckel (Stettin).

52) **E. P. Mallet.** The automatic ligature passer.

(New York med. record 1902. Februar 22.)

M. hat seinen bereits früher beschriebenen automatischen Schlingenführer für tiefe Ligaturen durch eine Feder, welche das Instrument wieder öffnet, modifiziert. Die Anwendung ist aus der Figur ersichtlich, beim Öffnen zieht das eine Blatt mit der Nadel die auf dem anderen Blatte liegende Fadenschlinge durch die Öffnung der abzuschnürenden Partie.



Loewenhardt (Breslau).

53) **E. Marshall.** Zur Diagnose eines Falles von Lithopädion mit Hilfe des Skiagramms.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IV. Hft. 3.)

Der Inhalt der Arbeit ist durch die Überschrift gekennzeichnet, es handelte sich um eine Frau mit Myelitis; die Durchleuchtung wurde erst an der Leiche vorgenommen. **H. Wagner** (Breslau).

54) **Matignon.** Le service de santé pendant le siège de la légation de France à Pékin (20. Juni bis 15. August 1900).

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1901. Märzheft.)

Von dem französischen Anteil der in Peking belagerten Europäer, dem sich noch einige Österreicher u. a. angeschlossen hatten, im ganzen 90 Kombattanten, fielen 14, starben später 4, zusammen 18 oder 24,4%, wurden verwundet 53 oder 58,8%. Von den tödlichen Verwundungen hatte die Mehrzahl, 4 oder 71,8%, Kopf und Gesicht betroffen. Auch unter den 53 nicht tödlichen Verwundungen betraf die Mehrzahl 24 oder 45,2% Kopf und Gesicht; danach war der häufigste Sitz der Verwundung die obere Extremität mit 9 = 13,2%. Die große Häufigkeit genannter Verwundungen erklärt sich unschwer durch die Art der Verteidigung hinter Deckung. Die Mehrzahl aller nicht tödlichen Verwundungen, nämlich 58,5%, wurde durch Infanteriegeschosse gesetzt, nur wenige durch Splitter groben Geschützes, mehr dagegen — 18,8% — durch indirekte Geschosse, insbesondere Mauersplitter. Von den 19 Offizieren aller Nationalitäten unter den Belagerten wurden 73,6% verwundet, außerdem alle drei Ärzte, 100%. Unter den sämtlichen Belagerten endlich hatten die Japaner mit 99,9% die meisten Verwundeten, dann folgen die Franzosen mit 91,7%, während die Deutschen mit 54,4% die Mitte halten, die Russen und Engländer mit 28,3% und 28,1% ihrer Iststärke die geringsten Verluste hatten.

Ein Fall von Verwundung des Kehlkopfes und der Luftröhre wird ausführlicher mitgeteilt und beansprucht ein größeres Interesse dadurch, daß der völlig asphyktische und ohnmächtige Mann durch methodische Traktionen an der Zunge zum Bewußtsein mit freier Athmung gebracht wurde. Später aber starb er doch noch trotz Tracheotomie. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

55) **L. P. Passower.** Die Röntgenphotographie vor Gericht.

(Wratsch 1901. No. 20.)

Pat. — ein Soldat — klagte über Schmerzen im linken Fuße, nachdem ein Gegenstand, 240 kg schwer, auf denselben gefallen war. Der Fuß und das untere Drittel des Unterschenkels waren stark ödematös. Man hielt den Pat. für einen Simulanten, der sich den Fuß künstlich verstümmelte — durch Kompression und Injektionen. Er wurde 4 Monate im Hospital untersucht und stand 3mal vor Gericht, das ihn zu Gefängnishaft verurteilte. Erst eine Aufnahme beider Füße mit dem Röntgenapparate und eine Vergleichung der Bilder erwies seine Unschuld. Der Fortsatz des Calcaneus, auf dem der Taluskopf ruht, war gebrochen, der Talus hatte das Naviculare, das Cuboideum und die übrigen kleinen Knochen nach vorn geschoben und dabei den Bandapparat dieser Knochen verletzt. Daher die Schmerzen und das Ödem, besonders da Pat. sich wegen seiner Beschäftigung nicht schonen konnte. — Er wurde nun freigesprochen und vom Dienst als unbrauchbar entlassen. — 2 Röntgenbilder und 2 Figuren sind beigefügt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Berlin, **E. Richter**, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 16. Sonnabend, den 18. April. 1903.

I.

Die Jodoformknochenplombe.

Von

Mosetig-Moorhof in Wien.

Es ist wohl unnötig, die Bedeutung einer Knochenplombe begründen zu wollen. Jedem Chirurgen ist sie klar; denn sie erstrebt die Ausschaltung von toten Räumen, deren Wandungen wegen ihrer Starrheit eine rasche organische Verwachsung unmöglich machen, daher lange Eiterungen bedingen und schließlich, wenn überhaupt, mit häßlichen vertieften Narben ausheilen. Viele Versuche, zur Ausfüllung geeignete Stoffe ausfindig zu machen, weist die Literatur der letzten Decennien auf; keine der angegebenen Methoden hat sich bewährt; in den meisten Fällen stieß sich die Plombe durch entzündliche Vorgänge ab, und die Versuche mißlangen. Die Ur-

sachen hierfür dürften teils in der Technik gelegen haben, teils in der Qualität der zur Ausfüllung gewählten Stoffe, organischer sowohl als unorganischer Natur.

Bezüglich der Technik der Herstellung zur Plombierung sich eignender Knochenhöhlen ist als erste Bedingung die vollkommene Sterilität derselben aufzustellen. Eine septische Knochenhöhle, beispielsweise nach Nekrosen- oder Abszeßoperationen, kann durch Anwendung antiseptischer Maßregeln allein nie und nimmer aseptisch gemacht werden. Nach der operativen Entfernung des Inhaltes der erkrankten Knochenstätte genügen scharfe Löffel und Ausspülungen nicht, selbst das siedend gemachte Öl hat sich bekanntlich nicht bewährt. Eine Knochenhöhle kann auf operativem Wege nur dadurch steril hergestellt werden, wenn man deren Wandungen unter aseptischen Kautelen frisch schneidet, d. h. alle Wände der Abszeß- oder Kloakenhöhle und selbst deren eburneierte Umgebung entfernt, bis frische, gesunde Knochensubstanz allüberall zum Vorschein kommt.

Es sind im ganzen mühevolle, langdauernde, pedantisch auszuführende Operationen, wofür scharfe Meißel verschiedener Gestalt und Größe, elektrisch betriebene Rotationssägen, große Fräsen notwendig sind. Die Zugänglichkeit zum erkrankten Knochen muß die größtmöglichste sein; die Schnitte in den Deckweichteilen sollen deshalb ausgiebig sein, die Weichteile am besten in Lappenform aufgeklappt und deren Verbindung mit dem Periost erhalten bleiben. Die Form der Knochenhöhle ist Nebensache; Haupterfordernis, nur frisch geschnittene Wandungen, nirgends auch nur den Schein von Erkrankung zeigender Knochen- respektive Marksubstanz. So kommt es nicht selten vor, daß man so viel vom Knochen abtragen muß, daß nur eine mehr oder weniger starke Spange der Kortikalis noch die Kontinuität erhält.

Ist einmal die Knochenhöhle in diesem Sinne hergerichtet, wozu natürlich die vorgängige Anwendung künstlicher Blutleere unentbehrlich erscheint, so wird der Hohlraum entsprechend gereinigt, wofür man securitatis causa ein Antiseptikum als Spülflüssigkeit nehmen mag, am besten 1 %iges Formalin oder, falls ein oder der andere winzige Blutstropfen aus der Knochsubstanz sickert, 3 %iges oder 20 %iges Wasserstoffsuperoxyd. Die rein gewaschene und ausgewischte Knochenhöhle wird nunmehr trocken gemacht, geradeso wie auch der Zahnarzt vor der Füllung die Zahnhöhle trocken legt. Man kann, wie ich es tue, heiße Luft benützen; kann man solche nicht beschaffen, führt auch ein kontinuierlicher Strom kalter, filtrierter und getrockneter Luft zum Ziele. Erst wenn alle Wandungen trocken sind, der feuchte Glanz verschwunden ist, ist die Knochenhöhle zur Aufnahme der Füllungsmasse geeignet. Früher nicht, da es notwendig ist, daß letztere genau dem Knochen sich anfüge, in jedes Spältchen eindringe, jedes Gefäßkanälchen verlege, mit einem Worte einen ideal hermetischen Abschluß bilde.



Die Jodoformknochenplombe wird in zähflüßigem Zustande in die Höhle gegossen und erstarrt allmählich zu einer festen Masse. Sie besteht aus 60 Teilen Jodoform und je 40 Teilen Wallrath und Sesamöl. Sie wird unter folgenden Kautelen steril bereitet: Alle drei Bestandteile werden in einen sterilen Kolben zusammengetan und nun im Wasserbade langsam bis auf 80° erwärmt, welcher Temperatur die Masse durch 15 Minuten exponiert bleibt. Hierauf wird die flüssig gewordene Masse dem Wasserbade entnommen und unter fortdauerndem Schütteln erstarren gelassen. Hauptsache bei der Bereitung ist das Erstarrenlassen unter fortwährendem Schütteln behufs exakter Emulgierung des Jodoforms. Bei Zimmertemperatur bildet die Plombe eine starre, gelbe Masse, welche vor dem Gebrauche durch Erwärmen in einem Wasserbade oder mittels Thermophor auf ca. 60° C. verflüssigt werden muß.

Diese verflüssigte Masse wird nun gut aufgeschüttelt und langsam in die Knochenhöhle gegossen, bis letztere vollends ausgefüllt ist — bis an den Rand. Man gieße langsam, um etwaige Luftblasen, die sich bei raschem Eingießen bilden könnten, zu vermeiden. Ist die Höhle vollgegossen, so wartet man einige Minuten, bis die zähflüssige Masse erstarrt ist; dann vernäht man darüber die temporär zumeist in Lappenform mit dem Periost abpräparierten Weichteile. Selbstverständlich unterbindet man vorher alle sichtbaren, bei der Lappenbildung durchtrennten Gefäße in den Weichteilen. Die Naht wird sorgfältig angelegt, der Verschluß vollendet. Zumeist liegen noch Fistelgänge vor; diese, entsprechend angefrischt, dienen zum Abflusse der wenigen Sekrete, welche von der Wandung der Weichteilwunde abgesondert werden. Fehlen Fistelgänge, so werden die Nähte distanziert oder ein schmaler Gummipapierstreifen zwischen die Hautlippen eingeführt.

Die plombierte Knochenhöhle blutet nicht und sezerniert nicht. Nach beendeter Naht wird ein aseptischer Verband in weitem Umfange angelegt — ja nicht zu fest — und zum Schlusse erst die Kompressionsbinde abgenommen. Sollen Gelenke immobilisiert werden, so wird über den Deckverband eine Schiene angebracht oder derselbe mit Tapetenholzspänen gesichert.

Knochenhöhlen nach chronischer Osteomyelitis, nach Nekrosen, Knochenabszessen oder Knochencysten wurden alle nach diesem Schema behandelt; ebenso kariöse Herde in der Kontinuität der Knochen.

Auch bei Gelenkskaries bildet die Knochenplombe ein mächtiges Unterstützungsmittel zur Konservation der Glieder und deren Gebrauchsfähigkeit. Ich bin der Ansicht, daß die sog. konservierende Behandlung von Gelenksfungus nicht im passiven Abwarten, Anlegung von Verbänden etc. bestehen soll, sondern im gewissenhaften operativen Entfernen der Krankheitsherde, da diese schon durch ihre Infektionsfähigkeit dem Gesamtorganismus gefährlich werden. Nach Lister's epochemachenden Arbeiten gab es eine Zeit, wo man

bei Gelenksfungus den Resektionen sehr huldigte. Man kam aber bald davon ab, da man bezüglich der Endresultate schlimme Erfahrungen machte. Doch lag der Übelstand weniger in dem Momente der Entfernung des Krankheitsherdes, als vielmehr in der übergroßen Opferung von Knochenabschnitten, wodurch bei Kindern die Epiphysenknorpel verloren gingen, und damit jedes fernere Wachstum der operierten Gliedmaßen ausgeschlossen blieb, bei Erwachsenen unbrauchbare Extremitäten resultierten.

Ich gehe prinzipiell auch bei Kindern Gelenksfungus an, entferne aber nur die Gelenksknorpel mit einer dünnsten Knochenscheibe und richte mein Augenmerk auf die gründlichste Exstirpation der gesamten Kapsel und der fungös entarteten Nachbargewebe in den Weichteilen. Finde ich an den Sägeflächen noch kariöse in die Tiefe greifende Herde vor, so werden diese isoliert im gesunden Gewebe mittels scharfem Meißel in toto, zumeist in konischer Form, sorgsam ausgehoben und die Defekte dann plombiert. Die Erfolge sind sehr gute; das Wachstum kann nach der Heilung ungestört vor sich gehen, da der Epiphysenknorpel nirgends verletzt wird. Auch bei Erwachsenen ist der Entfall an Knochensubstanz minim.

Bei Gelenksresektionen muß natürlich die Blutstillung eine sorgfältigere sein, da viele kleine Gefäße nach der Kapselexstirpation bluten. Es wird in solchen Fällen die geschnittene und wohlgetrocknete Höhle zunächst plombiert bis zum Niveau der Sägefläche, sodann die Plombe oder wenn mehrere Herde ausgeschnitten — nicht bloß exkochleiert — werden mußten, die Plomben nach der Erstarrung mit je einem Stückchen doppelt genommenem Gummipapier flach überdeckt und mit einem sterilen Gazetupfer angedrückt gehalten, worauf dann nach Abnahme der Konstriktionsbinde die genaue Blutstillung durch Ligaturen durchgeführt wird. Ist diese besorgt, entfernt man Tupfer und Gummipapierdecke, legt die starren Plomben bloß, reinigt von etwaigen Koagulis die Knochenflächen, adaptiert und vernäht unter Anwendung von kurzen Drains. Darüber der übliche Fixierverband mittels blauer Binden und Schienen oder Tapetenholz. Gipsverbände sind in meiner Station außer zu orthopädischen Zwecken nicht in Gebrauch.

Bei Resektionen im Hand-, Sprung- und Hüftgelenk wird auch der durch die Knochenentnahme zurückbleibende Hohlraum, der also eigentlich keine Knochenhöhle darstellt, nach tunlichster Annäherung der Gelenksenden mit der Plombenmasse ausgefüllt, ebenso die sorgsam exkavierte leere Gelenkspfanne bei Resectio coxae.

Die Sekretion ist nach der Plombierung eine ganz minimale, lymphartige, so daß der erste Verband in der Regel bis zu jener Zeit liegen bleibt, in der die Entfernung der Hautnähte notwendig wird, also zumeist 10—14 Tage. Die weiteren Verbände können in ähnlichen Intervallen gewechselt werden. Die Weichteile heilen zumeist prima intentione; nur in jenen Fällen, wo größere Defekte

der Weichteile vorhanden waren oder nach Exzision des Krankhaften zurückgeblieben sind, dauert es länger, bis sie sich durch Granulation



Fig. 1.



Fig. 2.

schließen, wobei zeitweise etwas von der freien Oberfläche der Plombe abgestoßen wird. Wo dies nicht der Fall, beispielsweise bei Gelenksresektionen, ist die Vernarbung der Weichteile in der 3.—4. Woche beendet.

Was geschieht nun mit der in der Tiefe des Knochens befindlichen Plombe? Sie wird nach und nach durch die vom Knochen aufsprießenden Granulationen aufgezehrt, bis sie spurlos verschwindet und an ihre Stelle neugebildeter Knochen tritt. Die Jodoformknochenplombe ist also eine temporäre; sie unterstützt nur die Natur in ihrem horror vacui und bleibt als Lückenbüßer im Knochen, bis dieser sich wieder gebildet.



Fig. 3.

Dieses Verhalten der Plombe kann man Schritt für Schritt verfolgen mit Hilfe der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen. Jodoform verhält sich gegenüber den Röntgenstrahlen wie Metall; das Verhalten des Schattens, sein stets Kleinerwerden, während die Umgebung neuen Knochen aufweist,

gibt Zeugnis davon. Die Aufsaugung der Plombe geht natürlich sehr langsam vor sich, entsprechend der Langsamkeit der Bildung neuen Knochens. Nach einem Jahre habe ich von einer ziemlich großen Plombe im Femur keine Spur mehr gesehen, dagegen war der Knochen in seiner normalen Form wieder hergestellt.

Dieses langsame Aufgezehrtwerden des Jodoforms schließt jede Möglichkeit einer Intoxikation aus. Wir haben schon 100—150 g Plombe in große Höhlen eingegossen, ohne Schaden zu sehen.

Ich habe bis jetzt an Osteomyelitis chronica, Knochenabszessen, Nekrosen und Karies etwa 120 Fälle mit Plombe behandelt; in keinem Falle kam es zu einem Ausgestoßenwerden, nie ergab sich ein Nichtvertragenwerden der Masse. Alle Fälle sind ohne Fisteln geheilt; zwei Oberschenkelnekrosen konnten in der 3. Woche das Spital verlassen mit völlig vernarbten Wunden.

Anbei sind drei Reproduktionen von Röntgenogrammen eines Falles von chronischer Osteomyelitis tibiae, welcher mit Jodoformknochenplombe behandelt wurde. Die Abbildungen 1, 2, 3 sind Aufnahmen nach 4, 5 und $6^1/_2$ Wochen post operationem. Ein Text zu den Bildern dürfte für jeden, der Röntgenogramme deuten kann, überflüssig sein. Weiteren Arbeiten bleibt die Detaillierung vorbehalten.

II.

Zur operativen Behandlung der Peroneuslähmung.

Von

Dr. **Carl Deutschländer** in Hamburg.

So groß auch die Fortschritte sind, welche wir in der Behandlung des paralytischen, durch Peroneuslähmung bedingten Spitzfußes mittels Sehnenverpflanzungen gemacht haben, so haften dieser Behandlungsweise doch noch eine Reihe von Mängeln an. Zunächst sind die operativen Erfolge keineswegs immer einwandsfrei: Die verpflanzten Sehnen funktionieren entweder gar nicht oder nur mangelhaft, und häufig treten noch nachträgliche Verlängerungen in denselben auf. Sodann muß es als ein Nachteil bezeichnet werden, daß wir kein einheitliches Operationsverfahren besitzen. Fast jeder Operateur geht anders vor und modifiziert noch im einzelnen Falle. Solange man die Sehnenverpflanzungen nur nach dem Gesichtspunkte vornimmt, einen möglichst benachbart gelegenen, funktionell weniger wichtigen, aber funktionierenden Muskel als Kraftspender für die gelähmte Sehne zu benutzen, hat natürlich ein streng individualisierendes Vorgehen bei der graduellen Mannigfaltigkeit der Lähmungserscheinungen seine vollkommene Berechtigung. Immerhin aber bildet die große Zahl von Verfahren, die hierdurch bedingt werden, bei einer so jungen Operationsmethode ein Hindernis für deren allgemeine Verbreitung und erschwert zudem die exakte Beurteilung der operativen Erfolge bezw. Mißerfolge.

Ich habe nun, nachdem ich mit den üblichen Methoden einige Mißerfolge erlebt hatte, allmählich eine Plastik ausgebildet, die mir gewisse Vorzüge zu besitzen scheint und meines Erachtens für alle Fälle anwendbar ist, in denen es sich um eine Lähmung bezw. Parese der vom Nervus peroneus versorgten Muskeln handelt, und in denen die vom N. tibialis innervierte hintere Muskelplatte des Unterschenkels intakt ist. Ich habe dieses Verfahren bisher in zwei Fällen mit gutem Erfolg zur Ausführung gebracht; von einer Beschreibung dieser Fälle sehe ich zunächst ab, da noch keine Endresultate vorliegen, und ich will mich nur auf die Darstellung der Plastik beschränken, die ich hiermit zur Nachprüfung empfehlen möchte.

Der Gang der Operation ist folgender: Unter Blutleere wird zunächst an der Rückseite des Unterschenkels in dessen unterem Drittel ein genügend langer Schnitt längs der Achillessehne gemacht. Zweckmäßig legt man den Hautschnitt nicht direkt in die Mitte,

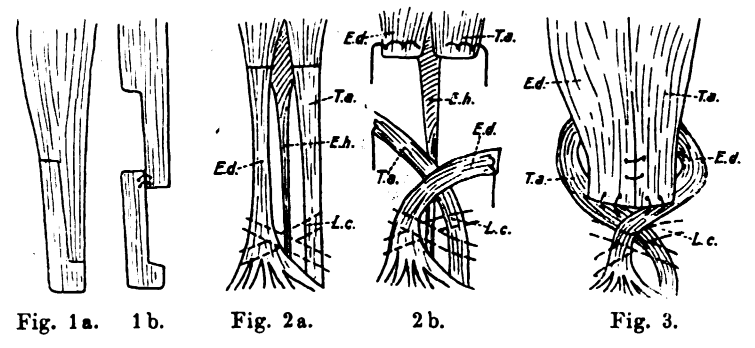


Fig. 1. Plastik der Achillessehne nach Bayer, *a* Schnittführung, *b* Plastik.
Fig. 2a. Hohe Durchtrennung der Sehnen des Tibialis ant. (*T. a.*) und Ext. dig. communis (*E. d.*). *E. h.* Extensor hallucis longus. *L. c.* Ligamentum cruciatum.
Fig. 2b. Kreuzung der Sehnen.
Fig. 3. Transplantation des Extensor dig. comm. um den innern, des Tib. ant. um den äußeren Knöchel herum und Vernähung der Muskelstümpfe an die Kreuzungsstelle der Sehnen.

sondern etwas an die mediale Seite der Sehne, weil man alsdann leichter von diesem aus an die hinter dem inneren Malleolus verlaufenden Sehnen gelangt, die man im weiteren Verlaufe der Plastik nötig hat. Sodann wird die Achillessehne mittels der Bayer'schen Plastik soweit verlängert, bis man den Fuß bequem in extreme Dorsalflexion bringen kann, ohne daß dadurch die verlängerte Achillessehne eine erhebliche Spannung erleidet (Fig. 1). Hierauf wird die hintere Wunde provisorisch tamponiert. Der zweite Akt besteht in der Freilegung der Sehnen an der Vorderseite des Unterschenkels. Längsschnitt im unteren Drittel des Unterschenkels, welcher die Fascie

durchtrennt, das Ligamentum cruciatum jedoch schont. Es kommen hierauf die Sehnen des Tibialis anticus, Extensor hallucis longus und Extensor digitorum communis zum Vorschein (Fig. 2a). Bei starker Dorsalflexion des Fußes werden die Sehnen des Tibialis anticus und Extensor digitorum communis kräftig aus ihren Scheiden herausgeholt, in möglichst weiter Ausdehnung bis zum Ansatze des Muskelfleisches isoliert und hoch durchtrennt. Die Stümpfe werden an Haltefäden geschlungen. Nun werden die Sehnen des Tibialis anticus und Extensor digitorum communis so übereinander gekreuzt, daß der Extensor über den Tibialis hinweg nach dem inneren Knöchel, der Tibialis nach dem äußeren Knöchel hin weist (Fig. 2b). Hierauf wird von der vorderen Wunde aus ein schräger Kanal um den äußeren Knöchel herum gebohrt, der sich dicht am Knochen hält und am oberen Ende des hinteren Hautschnittes an der lateralen Seite der Achillessehne ausmündet. Durch diesen Kanal wird die Tibialissehne hindurchgezogen und in die angefrischte Achillessehne transplantiert. Sodann wird um den innern Knöchel herum von dem vorderen Schnitte aus ein zweiter, ebenfalls schräg nach dem hinteren Schnitt verlaufender Kanal gebildet, durch den die Extensorsehne geführt wird. Diese wird in die vom hinteren Schnitt aus leicht zugängliche Sehne des Flexor digitorum communis vernäht. Hierauf erfolgt der Nahtverschluß der hinteren Hautwunde. Vorn zieht man noch die Muskelstümpfe des Tibialis anticus und Extensor digitorum communis herunter und vernäht sie mit der Kreuzungsstelle der Tibialis- und Extensorsehne (Fig. 3). Sodann wird auch hier die Hautwunde geschlossen; aseptischer Verband und Fixation des Fußes in starker Dorsalflexion im Gipsverbande.

Dieses Verfahren bietet keine großen technischen Schwierigkeiten. Sämtliche Muskeln bleiben erhalten und erfahren nur eine andere Anordnung; die gelähmten Sehnen werden hierbei sämtlich in Muskeln verpflanzt, die von dem vollkommen intakten Nervus tibialis versorgt sind. Der Extensor hallucis longus und die Mm. peronei werden allerdings nicht von der Plastik berührt. Indessen ist die Funktion des Extensor hallucis einmal nicht so wichtig und man kann ihn daher sich völlig seiner funktionellen Anpassungsfähigkeit überlassen, sodann würde sich die operative Verkürzung desselben auch noch leicht hinzufügen lassen. Etwas anders steht es schon mit der Vernachlässigung der Funktion der Peronei. Allein da man die Extensor dig. comm.-Sehne schräg um den medialen Knöchel herum verpflanzt hat, so ist diese Sehne dadurch imstande, bis zu einem gewissen Grade pronierend zu wirken und den Funktionsdefekt der Peronei zu ersetzen. Wenn man die gelähmte Extensorsehne nicht direkt in die antagonistische Flexorsehne verpflanzen will, so kann man dieselbe auch leicht in die benachbarten Sehnen des Flexor hallucis longus bezw. Tibialis posticus transplantieren, die von dem etwas medial angelegten hinteren Schnitt ebenso leicht wie die Sehne des Flexor dig. comm. zugänglich sind.

Wichtig ist es, daß man die Transplantation bei starker Dorsalflexion des Fußes vornimmt, und daß man die Sehnen wegen des langen Weges, den sie zu durchlaufen haben, recht hoch durchtrennt. Besonders bei der Tibialissehne kann es vorkommen, daß sie sich als zu kurz erweist. In diesem Falle muß man sie plastisch verlängern, was sich durch Spaltung leicht erreichen läßt und wozu ich in meinem zweiten Falle genötigt war. Die einzige Schwierigkeit könnte vielleicht bei der Bildung des schrägen Kanals um die Malleolen herum entstehen, da unsere gebräuchlichen chirurgischen Instrumente, gebogene Kornzange, Schlundzange etc. nicht die geeignete Krümmung besitzen. Aber auch dieser Akt vollzieht sich äußerst leicht, wenn man sich eines Elevatoriums bedient, welches vorn kräftig über die Fläche gekrümmt ist und an seiner Spitze einen Schlitz zur Aufnahme des Haltefadens trägt, an welchem die zu verpflanzende Sehne befestigt ist[1].

Als Vorzüge dieser Plastik möchte ich bezeichnen:

1) daß die Verpflanzung der gelähmten Sehnen in Muskeln stattfindet, die nicht von dem affizierten Nerven, sondern von dem völlig intakten Nervus tibialis versorgt werden, und

2) daß die Verpflanzung in symmetrischer Weise zu beiden Seiten der Fußgelenksachse ausgeführt wird, ein Moment, das mir bei der Wichtigkeit der Symmetrie der Fußbewegungen nicht belanglos zu sein scheint und das bei anderen Verfahren nicht genügend berücksichtigt wird.

3) Dadurch, daß die Sehnen gekreuzt um die Malleolen geführt werden, gewinnen diese eine breite Unterstützungsfläche am Knochen und können sich nicht von demselben abheben; ferner erhält der Tibialis dadurch eine stärkere supinierende und der Extensor bis zu einem gewissen Grade eine pronierende Wirkung.

4) Die schräge Richtung des Faserverlaufs der transplantierten Sehnen vermindert meines Erachtens die Gefahr einer nachträglichen Verlängerung, die bekanntlich leichter auftritt, wenn der Faserverlauf der Sehne und die Zugrichtung der Schwere des Fußes in dieselbe Ebene fallen.

5) Durch die Vernähung der Muskelstümpfe des Tibialis anticus und Extensor digitorum communis mit der Kreuzungsstelle der transplantierten Sehnen findet noch eine Verstärkung der Stellung des Fußes in Dorsalflexion statt. Unter Umständen ist es sogar nicht ausgeschlossen, daß diese Muskelstümpfe bis zu einem gewissen Grade die Ausübung aktiver Dorsalflexion wieder gewinnen, da ja, wie durch die Lange'schen Beobachtungen bekannt ist, bisweilen selbst hochgradig paretische Muskeln einen Teil ihrer Funktionsfähigkeit wieder erlangen können, sobald sie unter genügende Spannung versetzt sind.

[1] Verfertiger dieses Instrumentes ist die Firma Pertzel & Schulz, Hamburg, Große Bleichen 16/18.



1) **Schicklberger.** Beiträge zur Morphin-Skopolaminnarkose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 51.)

S. faßt die auf der Ewald'schen Abteilung des Sophienspitals in Wien über diese Narkose gewonnenen Erfahrungen selbst folgendermaßen zusammen:

Das Skopolamin scheint zwar ein verläßliches Anästhetikum, aber kein gleiches Narkotikum im Sinne einer genügenden Muskelentspannung zu sein. Nur für solche Fälle, für welche eine allgemeine Anästhesie unbedingt erforderlich oder erwünscht erscheint, Chloroform und Äther aber kontraindiziert sind, möchte S. die Skopolamin-Morphinnarkose gewahrt wissen.

Auch für die Einleitung der Inhalationsnarkose bei sehr unruhigen Pat. würde sich eine einmalige Dosis $^1/_2$—1 Stunde vorher meistens bewähren. **Hübener** (Dresden).

---

2) **Koblanck.** Die Chloroform- und Äthernarkose in der Praxis.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1902. 42 S.

3) **G. Palleroni** (Palermo). Vari metodi anestesici e loro indicazioni.

Neapel, **Pasquale,** 1902. 275 S.

Die auf Anregung v. Bergmann's entstandene und Olshausen gewidmete Broschüre K.'s enthält in kurzer, prägnanter und anregender Form alles für den Praktiker Wissenswerte über die Äther- und Chrorοformnarkose: Das chemische Verhalten, die physiologische Wirkung jener Mittel; die Indikationen, Kontraindikationen, Vorbereitungen, Verlauf und Technik der Narkosen. Besonders hervorgehoben werden auch ihre Gefahren und manch praktische Winke in Erkennung und Bekämpfung derselben.

In breiterer Form ist das Buch P.'s angelegt, welches wohl alle jemals versuchten Anästhetika, vom Chloroform bis zur Hypnose und von der gewöhnlichen Cocainisierung bis zur Spinalanalgesie enthält, ihre historische Entwicklung, Anwendungsweise und ihren Wert darlegt. Die einschlägige Literatur ist ausgiebig verwertet und dem Buche sind zehn Seiten Literaturverzeichnis beigefügt. Ist in dem Werke K.'s mehr dem praktischen Bedürfnis Rechnung getragen, so wird dasjenige P.'s mehr beim systematischen Studium der Anästhesierungsfrage Nutzen schaffen. **A. Most** (Breslau).

---

4) **W. N. Spindler.** Ein Fortschritt in der Entwicklung der lokalen Anästhesie.

(Wratschebnaja gaseta 1902. Nr. 14. [Russisch.])

S. erblickt in dem von Trolldenier empfohlenen Akoin einen erheblichen Fortschritt für die Anwendung der Schleich'schen Methode. Er hat zunächst an sich selbst vergleichende Versuche an-

gestellt über die Wirkung des Cocain, Tropacocain, Eukain-β, Akoin, indem er sich von einer 0,1 bezw. 0,2 %igen Lösung der genannten Mittel 5 ccm unter die Haut spritzte. Während bei den erstgenannten drei Mitteln die Anästhesie 10—15 Minuten dauerte, hielt sie beim Akoin 45—50 Minuten an, trat aber nicht, wie bei den anderen Mitteln, unmittelbar nach der Injektion ein, sondern etwa nach einer Minute. Akoin ist wesentlich ungiftiger, selbst 0,18 g auf einmal injiziert, machen keine Intoxikation. Akoin besitzt bakterizide Eigenschaften; 1 %ige Lösungen bleiben sehr lange steril, in 0,1—0,2 %igen Lösungen treten erst nach einigen Wochen Schimmelpilze auf. S. empfiehlt folgendes Rezept zur Anwendung des Akoin: Acoini 0,1—0,2, Natr. chlorat. 0,8, Aqu. dest. 100,0. Unter Anwendung dieser Lösung gelang die Entfernung von tuberkulösen Drüsenpaketen, Mammaamputationen, Amputationen an Extremitäten, Entfernungen trachomatöser Follikel aus der Konjunktiva völlig schmerzlos.

R. Rathcke (Berlin).

---

5) **W. Janowski.** Allgemeine Semiotik des Erbrechens.

Jena, **Gustav Fischer,** 1903. 108 S.

J. bespricht zunächst den allgemeinen Plan zur Untersuchung des Erbrechenden, sodann die diagnostische und prognostische Bedeutung einzelner Merkmale des Brechaktes und des Erbrochenen. Die Bedeutung des Symptoms bei Ileus, Peritonitis (Darmperforationen), ferner bei Pylorusstenosen, sowie nach Magen-Darmoperationen (Circulus vitiosus nach Gastroenterostomien) wird eingehend gewürdigt, ebenso sein diagnostischer Wert bei septischen Prozessen, bei Erkrankungen der Gallenwege etc. Von den letzten Kapiteln des Werkes interessiert besonders die ausführliche Besprechung des Blut- und Kotbrechens.

Mohr (Bielefeld).

---

6) **M. v. Brunn.** Über die Entzündung seröser Häute mit besonderer Berücksichtigung der Rolle der Serosa-Deckzellen.

(Separatabdruck aus Ziegler's Beiträgen Bd. XXX.)

Jena, **Gustav Fischer,** 1901. Mit 1 Taf. und 5 Fig. im Text.

Nach Erörterung der Ansichten verschiedener Autoren über die Serosa-Deckzellen in ihrem Verhalten zur Fibrinauflagerung bezw. Fibrinzwischenlagerung bringt Verf. die Hauptfrage seiner ganzen Untersuchungen, die sich kurz so fassen läßt: 1) Sind Serosa-Deckzellen fähig, Bindegewebe zu liefern? und 2) können sie aus Bindegewebe entstehen? Beide Fragen werden auf Grund von mehreren Tierversuchen und Untersuchungen von Serosaverklebungen der Pleura, des Perikards und des Peritoneums des Menschen verneint. Als wesentlichen Unterschied der Serosa-Deckzellen und der Bindegewebszellen hebt Verf. eine Bildung von feinen Härchen hervor. Hiermit teilt er die Ansicht Ranvier's nicht, sondern bestätigt die Untersuchungen von Kolossow. Die Schlußsätze ergeben, daß

Serosazellen in die Gruppe der Epithelien gehören und niemals aus Bindegewebszellen hervorgehen oder Bindegewebe bilden können. Ebenso hat die Fibrinablagerung mit der Neubildung von Deckzellen nichts zu tun. **Grosse** (Kassel).

---

7) **P. Clairmont** und **H. Haberer.** Über das Verhalten des gesunden und veränderten tierischen Peritoneums.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 45.)

Mehr im Sinne einer vorläufigen Mitteilung berichten Verff. die Ergebnisse ihrer in der v. Eiselsberg'schen Klinik angestellten Versuche über das Verhalten des gesunden und veränderten tierischen Bauchfells.

Sie fassen dieselben in folgenden Schlüssen zusammen:

1) Vermehrte Peristaltik beschleunigt die peritoneale Resorption.

2) Durch einmalige Lufteinblasung in die Bauchhöhle wird die Resorption des Bauchfells nicht verändert.

3) Für die Bauchhöhlenserosa differente, sterile Flüssigkeiten, wie Harn, Darminhalt etc., wirken, intraperitoneal injiziert, im allgemeinen nicht resorptionshemmend. Dasselbe gilt für den nach Darmperforation durch Schuß in die Bauchhöhle ausgetretenen Darminhalt.

4) Im Beginne der Peritonitis ist die Bauchfellresorption beschleunigt, erst in den Endstadien verlangsamt.

5) Nach trockenen Laparotomien ist die Resorption des Peritoneums wesentlich verlangsamt.

6) Durch feuchte Laparotomien werden die peritonealen Resorptionsverhältnisse weit weniger gestört.

7) Die Narkose beeinflußt je nach dem verwendeten Narkotikum die Resorption in verschiedener Weise.

8) Bei Ausschaltung des peritonealen Zwerchfellüberzuges zeigt sich eine hochgradige Verzögerung der Bauchfellresorption.

9) Die Transsudation der Bauchhöhle wird durch Laparotomien nicht wesentlich beeinflußt. **Hübener** (Dresden).

---

8) **M. I. Rostowzew.** Die Rolle der Eingeweidewürmer in der Ätiologie der Perityphlitis.

(Balnitschnaja gaseta Botkin's 1902. Nr. 28 [Russisch.])

Verf. polemisiert gegen Metschnikoff, welcher Darmparasiten eine ätiologische Bedeutung für die Entstehung von Wurmfortsatzerkrankungen zuschreibt (vgl. dieses Zentralblatt 1901 p. 591). Bei 278 Sektionen nicht an Perityphlitis Verstorbener hat R. dreimal im Wurmfortsatz Parasiten gefunden. Einmal einen »ziemlich langen runden Wurm« und zweimal Exemplare von Filaria medinensis. Nur in einem der beiden letzteren Fälle fanden sich Veränderungen am Wurmfortsatze, aber offenbar alter Natur.

Bei 163 Fällen von Perityphlitis wurden in 3 Fällen Parasiten gefunden (Botriocephalus l. und ascaris lumbric.).

Nach R. kommt den Darmparasiten bezw. ihren Eiern nur eine ganz geringe Bedeutung zu in der Ätiologie der Wurmfortsatzentzündung wie den Fremdkörpern überhaupt. **P. Rathcke** (Berlin).

---

9) **S. S. Wirssaladse.** Haben die Würmer eine ätiologische Bedeutung bei der Appendicitis?

(Balnitschnaja gaseta Botkin's 1902. Nr. 29. [Russisch.])

Verf. hat bei 60 Fällen von Perityphlitis, darunter mehrfach rezidivierender, den Stuhl auf das gewissenhafteste auf Parasiten und deren Eier untersucht, ohne jeglichen positiven Befund. Die Wurmtheorie Metschnikoff's gehört nach W. der Vergangenheit an.

P. Rathcke (Berlin).

---

10) **J. Blake.** The diagnostic value of abdominal rigidity.

(New York med. journ. 1903. Januar 3.)

Verf. bespricht die Wichtigkeit des Symptoms der Rigidität der Bauchdecken als eines der frühesten Kennzeichen von schweren Schädigungen am Bauchfell. Er erläutert die Bedeutung des Wahrzeichens an einer Reihe von sehr instruktiven Fällen; 3mal gaben intraabdominelle Blutungen die Ursache zu dem Phänomen; in einem Falle wurde bei der Laparotomie 1 Stunde nach dem Unfall zwar die Hauptquelle der Blutung gefunden, der Kranke starb aber doch, weil auch die Leber eine schwere Schädigung erfahren hatte; interessant ist der dritte Pat., bei welchem durch einen Fall ein Leistenbruch entstanden, welcher sofort zurückgebracht worden war. Wegen der großen fortbestehenden Schmerzen wurde Pat. ins Hospital gebracht; hier wurde allein wegen der Rigidität des Bruches eine intraabdominelle Schädigung angenommen und laparotomiert: es fand sich eine vom Mesenterium ausgegangene Blutung. Der Kranke genas; ebenso genasen zwei Pat., bei denen es zu Austritt von Darminhalt gekommen war, und bei welchen auch die Konstatierung der harten Bauchdecken wichtig war; endlich wurde ein Fall von Ruptur der Blase der Heilung zugeführt, bei dem zwar die Rigidität konstatiert wurde, aber erst der Mangel von Urinentleerung bei eingeführtem Katheter die Laparotomie nötig erscheinen ließ. Bei chronischer Peritonitis kommt die Versteifung der Bauchmuskeln nicht zustande, wohl aber bei diffuser Peritonitis, wie ein geheilter Fall beweist. Mit der Bildung einer Abkapselung schwindet die Ausdehnung der Rigidität, bei sekundären Abszeßbildungen fehlt sie auch in der Regel. Dagegen war sie in einem Falle von Niereneiterung vorhanden; da deutliche Zeichen dieser Erkrankung nicht zutage traten, dagegen die Rigidität der Bauchmuskeln klar war, so wurde eine Laparotomie gemacht; erst als das Bauchfell sich frei erwies und die vergrößerte rechte Niere verwachsen gefunden wurde,

wurde letztere nach Schluß der Bauchhöhle von einem Lendenschnitt aus mit Erfolg exstirpiert. Daß aber andererseits Fehlen der Rigidität tatsächlich die Diagnose einer intestinalen Perforation erschüttern muß, beweist ein Fall von Typhus, bei dem sonst alle Zeichen einer intestinalen Perforation (plötzlicher Schmerz, Kollaps, Spannung, Pulsfrequenz etc.) gegeben waren, aber keine Härte der Bauchmuskulatur vorhanden war. Die Laparotomie ergab normale Peritonealverhältnisse. Pat. genas. Diagnostisch am schwierigsten sind Fälle von Entzündungen innerhalb der Brusthöhle, bei welchen manchmal auch Rigidität der Bauchmuskeln vorhanden sein kann. Verf. nennt zwei Fälle von Pleuritis am Zwerchfell, bei denen das Symptom auftrat; es bestand aber dann hauptsächlich in den oberen Partien. Überhaupt muß Lokalisation in dieser Gegend immer zur Vorsicht mahnen; da auch z. B. entzündliche Schwellung der Leber ähnliche Symptome vortäuschen kann. **Scheuer** (Berlin).

---

11) **Gross.** Über Ulcus ventriculi traumaticum.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Nach klinischen Erfahrungen steht fest, daß Traumen der Magengegend zu einem Magengeschwür führen können. Experimentell ist festgestellt, daß stumpfe auf die Magengegend ausgeübte Gewalt Verletzungen am Magen herbeiführen können, ob aber aus diesen Schädigungen des Magens ein chronisches Geschwür entstehen könne, ist bis jetzt experimentell zu beweisen nicht gelungen. Auch G.'s Versuche haben diese Frage der Lösung nicht näher gebracht. Es ist anzunehmen, daß das Trauma nur den ersten Anstoß zur Geschwürsbildung gibt. Damit aber daraus ein chronisches Magengeschwür werde, muß noch eine mangelhafte Heilungstendenz hinzukommen, die bereits dem Träger eigentümlich ist. Ob es sich dabei um chemische oder bakterielle oder um beide Einflüsse handelt, muß zweifelhaft bleiben. G. teilt sodann einen Fall aus der Kieler med. Klinik mit, in welchen aus den klinischen Erscheinungen nach einem Trauma der Magengegend ein Magengeschwür festgestellt werden konnte, das zu Rezidiven führte. In einem zweiten Falle handelte es sich nach den Symptomen wahrscheinlich um eine stärkere Beteiligung der äußeren Schichten des Magens; in einem dritten standen die Symptome einer Magenschleimhautwunde im Vordergrunde, die aber rasch geheilt zu sein scheint; in einem vierten Falle endlich kam eine Blutung aus einem schon vorher bestehenden Magengeschwür durch das Trauma zustande. **Haeckel** (Stettin).

---

12) **W. Plönies.** Die Reizungen des Nervus sympathicus und Vagus beim Ulcus ventriculi.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1902. 54 S.

Durch die beim Magengeschwür eintretende Freilegung der Nervenfasern der Magenwand kommt es zu den verschiedenartigsten

direkten und reflektorischen Vagus- und Sympathikusreizungen, deren diagnostische und therapeutische Bedeutung P. in ausführlicher Darstellung würdigt. Von den Hauptursachen dieser Reizungen, den chemischen, thermischen und mechanischen, sind die letzteren die wichtigsten, u. a. Druck benachbarter Organe (z. B. Hepatoptose), stoßweise Zwerchfellbewegungen (z. B. Fall von Geschwürsperforation während eines heftigen Lachens), Dehnungen des Körpers (z. B. Perforation nach Hinaufschieben einer großen Schachtel in ein Fach), Erschütterungen des Magens bei der Arbeit oder durch eigentliche Traumen. Die Reflexneurosen können, wenn sie in entfernteren Organen auftreten, schwere diagnostische und therapeutische Fehler veranlassen, so z. B. zu Uterus- und Adnexentfernung wegen angeblicher Unterleibserkrankung; so auch in einem Falle von schwerer reflektorischer Trigeminusneuralgie zu Resektion des Nerven ohne Erfolg; erst mit der Heilung des Magengeschwürs schwand die Neuralgie.

Mohr (Bielefeld).

---

13) **Wilms.** Mechanismus der Strangulation des Darmes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

W. konnte in einem Falle, bei welchem über die Hälfte des Darmes von einem straffen, am Mesenterium beiderseits fixierten Strang eingeklemmt war, außer den beiden bei der Operation gefundenen Schnürringen noch drei Schnürringe in dem abführenden Schenkel bei der Sektion deutlich erkennen. Es hatte sich also der Schnürring am zuführenden Schenkel nicht verschoben, dagegen war vom abführenden Schenkel etagenweise Darm hineingeholt worden. Auch experimentell hat Verf. diesen Mechanismus geprüft, in dem er nach Abschnürung der eingeklemmten Schlinge oberhalb des Schnürringes am abführenden Schenkel in diese Partie Wasser injizierte. Jetzt wurde infolge der Ausdehnung der Darm durch den Schnürring nachgezogen.

Hiernach ist der Mechanismus der Strangulation also im wesentlichen durch die Peristaltik der eingeklemmten oder geknickten Schlinge zu erklären, die den abführenden Schenkel soweit in die Strangulation hineinzieht bis die Schnürung absolut fest ist oder bis die Fixation am Blinddarm ein weiteres Folgen des Darmes verhindert.

Borchard (Posen).

---

14) **A. H. Freiberg.** Wolff's law and the functional pathogenesis of deformity.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. Dezember.)

Eine Nachprüfung des Wolff'schen Transformationsgesetzes. Der Vergleich des Oberschenkels mit einem Krahnen leidet bekanntlich an Unvollständigkeit: die Wirkung der Muskelkräfte ist übersehen worden, es ist nur die aufrechte Stellung berücksichtigt, der Troch. major ganz außer Acht gelassen. Zudem dürfte der mathematische

Beweis dafür, daß die Knochenstruktur auf mathematischen Gesetzen beruht, zu den Unmöglichkeiten gehören.

Um einen weiteren Einblick in die Strukturverhältnisse der Knochen und die dabei waltenden Prinzipien zu erhalten, untersuchte F. gleich Zschokke, Schmidt u. a. den Bau hauptsächlich des Oberschenkelknochens bei einigen Wiederkäuern, Fleischfressern und Affen. Die feinen Sägeschnitte sind in Form von Röntgenbildern wiedergegeben. Die sich ergebende große Mannigfaltigkeit in der inneren Knochenstruktur läßt sich kaum mit genauen mathematischen Begriffen, dagegen leicht als eine bewundernswerte Anpassung des Knochenbaues an die Lebensgewohnheiten und die Umgebung der Tiere erklären. Wolff's Lehre wäre demnach dahin einzuschränken, daß äußerer und innerer Knochenbau zwar durch die Funktion bedingt ist, beide aber nicht gegenseitig nach mathematischen Regeln sich beeinflussen.

Zum Schluß folgt eine wohlgelungene röntgographische Gegenüberstellung eines normalen und eines vor Geburt verrenkten Hüftgelenkkopfes von demselben Individuum, welche in deutlichster Weise den Schwund der funktionell nutzlosen, Vermehrung der für die Funktion wichtigen inneren und äußeren Teile des verrenkten Knochens zur Anschauung bringt. Die Veränderung der Struktur ist eine Folge, nicht eine Ursache der Deformität.

Obgleich also das Wolff'sche Gesetz nicht streng mathematisch bewiesen worden ist, so steht es doch mit seinen Folgerungen mit den bisher gemachten Beobachtungen im Einklang; auf unser therapeutisches Handeln wird es keinen wesentlichen Einfluß haben.

Bender (Leipzig).

---

15) **R. T. Taylor.** A discussion of Wolff's law.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. Dezember.)

T. pflichtet Freiberg im wesentlichen bei; der Knochenbau werde zwar größtenteils, aber nicht ausschließlich durch die Funktion bedingt; daneben seien Zug- und Druckwirkungen nicht ganz außer Acht zu lassen. T. nimmt also eine Mittelstellung zwischen Wolff und Volkmann-Hueter ein. Vom therapeutischen Standpunkt aus sei jedoch auf den Wert der Überkorrektion bei Genu valgum und varum, Skoliosen etc., der Überextension bei Pott'schem Buckel, Coxa vara hinzuweisen, da meist an der konkaven Seite der Verkrümmungen die stärkere Knochenapposition stattfinde.

Bender (Leipzig).

---

16) **O. Vulpius.** Über die Arthrodese des paralytischen Schlottergelenkes der Schulter.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hält es für außerordentlich wichtig, in jenen Fällen von spinaler Kinderlähmung einzugreifen, bei denen nur die Schultermuskulatur primär gelähmt ist, während das Ellbogengelenk einiger-

maßen, Hand und Finger aber normal beweglich geblieben sind. Mittels der Sehnenüberpflanzung sind wegen der anatomischen Lagerungsverhältnisse der in Betracht kommenden Muskeln, Trapezius und Pectoralis zum Ersatz für den Deltoideus, keine wesentlichen Erfolge zu erwarten. Die Apparatbehandlung ist lästig und unvollkommen, und so bleibt als letztes Mittel nur die Arthrodese des Schultergelenkes übrig, welche den Arm mit dem Schulterblatt unbeweglich vereinigt, so daß er alle Bewegungen des Schulterblattes und Schultergürtels mitmachen muß. Voraussetzung ist natürlich, daß die Schultergürtelmuskulatur, besonders der Cucullaris, funktionsfähig sind. Die Literatur über das vorliegende Verfahren ist sehr gering, besonders lobenswerte Erwähnung hat es nirgends erfahren. Da die Erfahrung der einzelnen Chirurgen bei der Seltenheit einer isolierten Schulterlähmung über diesen Gegenstand keine große ist, erregen die 6 Fälle des Verf. um so erhöhtes Interesse, als vier derselben schon Jahre hindurch in Beobachtung stehen. Was die Resultate betrifft, so ist festgestellt, daß die Arthrodese in der Tat eine Verödung des Schultergelenkes, eine wirklich knöcherne Ankylose erzeugen kann. Dieses anatomische Resultat hält V. für die einzig sichere Grundlage eines guten Dauererfolges und verwirft darum eine unvollkommene Ankylosierung, wie z. B. durch die von Wolff vorgeschlagene Arthrorraphie. Das funktionelle Resultat ist in günstigen Fällen geradezu überraschend: Der jahrelang schlaff herabhängende Arm kann nach vorn, nach hinten und nach der Seite gehoben werden; die Hand kann nach Gegenständen greifen, die sich in Schulterhöhe befinden, während sie vorher durch die Hilfe des gesunden Armes dahin geführt werden mußte; auch kann sie zum Mund gebracht werden. Eine Wachstumsverkürzung durch die Arthrodese hat Verf. nicht beobachtet, ja er sah geradezu das Gegenteil, d. h. eine Verringerung des Längenunterschiedes beider Arme eintreten. Vor Ablauf eines Jahres nach Eintritt der Lähmung soll die Operation nicht ausgeführt werden, da erst nach dieser Zeit eine Besserung der Beweglichkeit durch Massage, Elektrizität etc. nicht mehr zu erwarten steht. — Bei der Ausführung der Operation ist ein Längsschnitt vorzuziehen. Zur Verödung des Gelenkes trägt die Exstirpation der Kapsel und ihre Wundmachung mittels scharfen Löffels bei. Der Knorpelüberzug des Oberarmskopfes und der Pfanne wird abgeschält oder abgeschabt, die Unterfläche des Akromion und die Spitze des Proc. coracoideus abgekratzt. Dann werden zwei sich kreuzende Silberdrähte durch das Akromion und die Cavitas glenoidalis oder das Coracoid gelegt. Der Arm wird 10 Wochen bis 3 Monate lang im Gipsverband bei rechtwinkliger Ellbogenstellung fixiert. Danach soll noch 2—3 Monate lang ein Hülsenapparat getragen werden. Er wird nur zur Vornahme von Massage und Gymnastik abgenommen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

17) Clamann. Verband der dislozierten Phalangealfraktur.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

Der gebrochene Finger wird über eine volar eingelegte feste Bindenrolle gebeugt und durch einen Heftpflasterstreifen, der an seinen beiden Enden geschlitzt ist, fixiert, daß das eine geschlitzte Ende das Handgelenk umgreift, während das andere um die Rolle herum von der Nagelphalanx des stark gebeugten Fingers zum Handrücken geht. Der ungeteilte Heftpflasterstreifen verläuft auf dem Fingerrücken und kann entsprechend den Fingergelenken kleine Ausschnitte tragen. **Borchard** (Posen).

18) A. v. Bergmann. Zur Freilegung des Hüftgelenks durch den Larghi'schen Bogenschnitt.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Durch 50 Fälle von partieller und totaler Resektion des Darmbeins zum Teil in Verbindung mit der Resektion des erkrankten Hüftgelenks ist v. B. zur Überzeugung gelangt, daß eine Freilegung des Hüftgelenks durch Ablösung des Larghi'schen Lappens das Gelenk sehr übersichtlich freilegt. Die funktionellen Resultate sind ebenfalls vorzügliche. Deshalb ist diese Schnittführung auch für Eingriffe bei veralteten Hüftverrenkungen, sei es traumatischer, sei es angeborener, zu empfehlen. Der Larghi'sche Schnitt umkreist das Darmbein unterhalb der äußeren Lefze von der Spina posterior bis zur Spina anterior. Im Bereich des ganzen großen Lappens werden nur der M. glutaeus maximus, medius und minimus von ihren Ansatzstellen abgelöst. Das Periost wird bis zur Incisura ischiadica geschont, erst von da an soll es mit dem Weichteillappen abgelöst werden. Dadurch wird eine Verletzung der Art. glutaea super. vermieden. Die Brauchbarkeit des Verfahrens wird durch die Kranken- und Operationsgeschichte einer 22jährigen Pat. mit angeborener Hüftverrenkung bewiesen, und Verf. empfiehlt nach diesem gelungenen Beispiel den Larghi'schen Schnitt trotz seiner Größe als den schonendsten, der auch für die blutige Reposition jüngerer Individuen ratsam erscheint, zumal die Wundheilung keine Störungen zu gewärtigen hat. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

19) v. Mangoldt. Zur Behandlung der Knochenhöhlen in der Tibia.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. veröffentlicht in vorliegender Arbeit seine bei Behandlung von Knochenhöhlen des Schienbeins erzielten operativen Erfolge. Er hebt den außerordentlichen Wert der Skiaskopie hervor, welche, über Sitz und Ausdehnung der Knochenhöhlen orientierend, uns von vornherein in den Stand setzt, einen bestimmten Operationsplan bezüglich Schnittführung und Lappenbildung einzurichten. Ferner scheint ihm der Umstand noch zu wenig gewürdigt zu werden, daß

die Hauttransplantationen für die Ausheilung großer, nur schwer zu schließender Knochenhöhlen eine nicht geringe Bedeutung besitzen, da man durch dieselben in kurzer Frist selbst große Hohlräume überhäuten kann. Zur Ausheilung von Knochenhöhlen in der Tibiadiaphyse ist nach v. M. von Plombierungen und osteoplastischen Füllungen bei größeren Defekten nicht viel Gutes zu erwarten; auch hat er sich nicht zu dem eingreifenden Verfahren von af Schultén entschließen können, da es in septischen Höhlen nicht unbedenklich ist. Er wendet Thiersch'sche Transplantationen, event. auch Epithelaussaat an. Bei Höhlenbildung in der Epiphyse erscheint ihm als das beste Verfahren die Haut-Periostlappeneinstülpung in Zungenform nach Neuber oder in viereckiger Form. Während nach Hauttransplantationen die Knochenhöhlen fortzubestehen pflegen und sich im großen und ganzen auch im Laufe der Jahre wenig verkleinern, verschwinden bei Hineinschlagen von Haut-Periostlappen in die Epiphysenhöhlen diese mehr und mehr durch neue Knochenanlagerung. Je nach Tiefe und Ausdehnung der Höhlen sind aber Monate oder Jahre erforderlich, bis die Verknöcherung vollständig wird. Für lange Zeit sind noch im Röntgenbild die Stellen der ursprünglichen Höhlen im Knochen durch ihre geringere Dichtigkeit in der Struktur erkennbar. Der Arbeit sind sehr ausführliche Krankengeschichten mit erläuternden und kritischen Bemerkungen beigefügt, welche die vorstehenden theoretischen Erörterungen bestätigen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

20) **Heusner.** Über die Entstehung und Behandlung des Hohlfußes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Der Hohlfuß ist nach H.'s Ansicht eine Spielart des Klumpfußes und muß auf die nämliche Entstehungsursache wie jener zurückgeführt werden. Den angeborenen Klumpfuß sieht er als eine in die 6.—8. Lebenswoche zurückreichende Hemmungsbildung an, welche durch Verengung der Schwanzkappe des Amnion im Zusammenwirken mit einem starken physiologischen Nabelbruch entsteht, indem dadurch die natürliche Entwicklung des noch weichen Fußskeletts mechanisch behindert und im Sinne der Klumpfußbildung beeinflußt wird. Eine ähnliche Entstehungszeit und Ursache nimmt er auch für den Hohlfuß in Anspruch. An einem genauer beschriebenen Falle und an der Hand von Zeichnungen erläutert Verf. die Therapie und Apparatbehandlung des Leidens, welches bei dem geschilderten Pat. zu einem schönen Erfolg geführt hat. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

21) **F. Petersen.** Zum Mechanismus des Plattfußes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Beim Feststellen des Fußes auf den Boden findet, wie dies Verf. genau erörtert, im eigentlichen Fußgelenk eine Beugung, im Sprung-

Fersenbeingelenk eine Pronation, im Chopart'schen Gelenk eine Reflexion und eine Abduktion statt. Der Plattfuß ist einfach eine Feststellung des Fußes in äußerster physiologischer Stellung des Gelenkes oder in einer Stellung, die über die physiolgischen Grenzen hinausgegangen und demnach als eine Subluxation, und zwar als Distensionsluxation im Sinne Volkmann's aufzufassen ist. Im Unterschenkel-Sprungbeingelenk besteht eine starke Flexionsstellung, die so stark werden kann, daß durch den Druck des hinteren Schienbeinrandes auf die hintere Grenze der Talusrolle ein Reiz ausgeübt wird, der zu Knochenwucherungen führen kann. Infolge dieser Beugestellung berührt das Fersenbein auch mit seinem vorderen Fortsatz den Fußboden und wendet sich die vordere Fläche des Sprungbeinkopfes mehr nach unten als nach vorn, so daß ein Pes flexus entsteht. Das Fersenbein dreht sich so stark, daß die äußere Fläche etwas nach oben sieht. Sie wird dabei der Spitze des Malleolus externus so weit genähert, daß schließlich eine Berührung dieser beiden Knochen stattfindet, sich zwischen ihnen ein vollkommenes Gelenk bildet und ein Pes pronatus zustande kommt. Wenn der hintere Abschnitt des Fußgewölbes, bestehend aus Fersenbein und Talus, nach unten gedrückt wird, der vordere Teil des Bodens wegen diese Bewegung nicht mitmachen kann, sondern zurückgedrückt wird, so wird der Bogen da wo die Knochen beweglich miteinander verbunden sind, d. h. im Chopart'schen Gelenk, gestreckt und es gibt einen Pes reflexus. Das Köpfchen des ersten Mittelfußknochens entfernt sich unter den geschilderten Einflüssen von dem Fersenbeinhöcker und der innere Fußrand wird verlängert. Da sich am äußeren Fußrand dieser Vorgang nicht abspielt, oder wenigstens nicht in dem Maße, daß es ins Gewicht fällt, so muß notwenigerweise eine Abweichung des vorderen Teiles des Fußes nach außen stattfinden: Pes abductus. Auch diese Abduktion kann nur im Chopart'schen Gelenk stattfinden, da hier einzig und allein die Verbindung eine bewegliche ist; denn Os naviculare, Ossa cuneiformia und Mittelfuß nebst Würfelbein bilden ein starres Ganze. Mit diesen pathologischen Stellungen der einzelnen Gelenke sind anatomische Veränderungen der Knochen und Bänder notwendigerweise verknüpft. Eine Reihe näher genannter Bänder werden gedehnt; wo die Knochen von einem unmittelbaren Druck betroffen sind, tritt ein Schwund derselben ein, wo ein Zug auf sie ausgeübt wird, entsteht eine Verlängerung. In unmittelbarer Umgebung der Druckstellen kommen Knochenwucherungen zustande. Wo eine Berührung von Knochen eintritt, gibt es frische Überknorpelungen. Nach den Photographien des Verf. besteht die Druckatrophie trotz Jul. Wolff zu Recht. Ein Plattfuß muß entstehen, wenn bei normalem Verhalten des Fußes die Last zu groß wird, oder wenn Knochen und Bänder, sowie die Muskeln den an sie gestellten Anforderungen nicht mehr gerecht werden können. Dies ist am meisten in der Kindheit infolge der Rachitis und in dem Pubertätsalter der Fall, wo stärkere Anforderungen an

die Muskeln gestellt werden, so daß diese leicht ermüden und dafür die Bänder stärker in Anspruch genommen werden. Die klinischen Erscheinungen ergeben sich von selbst aus dem anatomischen Verhalten. Am hervorstechendsten sind die Schmerzen in der Umgebung und unter der Spitze des äußeren Knöchels, wo durch die Annäherung der Knochen aneinander Peroneussehnen in die Klemme kommen, so daß eine Reflexkontraktur der Mm. peronei entsteht. Der Arbeit sind zahlreiche das Verständnis erleichternde Zeichnungen und Schemata beigegeben. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der chirurgischen Privatklinik des Herrn Dr. Karewski.)

Über einen Fall von Thorax-Lungenschrumpfung infolge subkutaner Rippenfraktur.

Von

Dr. **Philipsthal.**

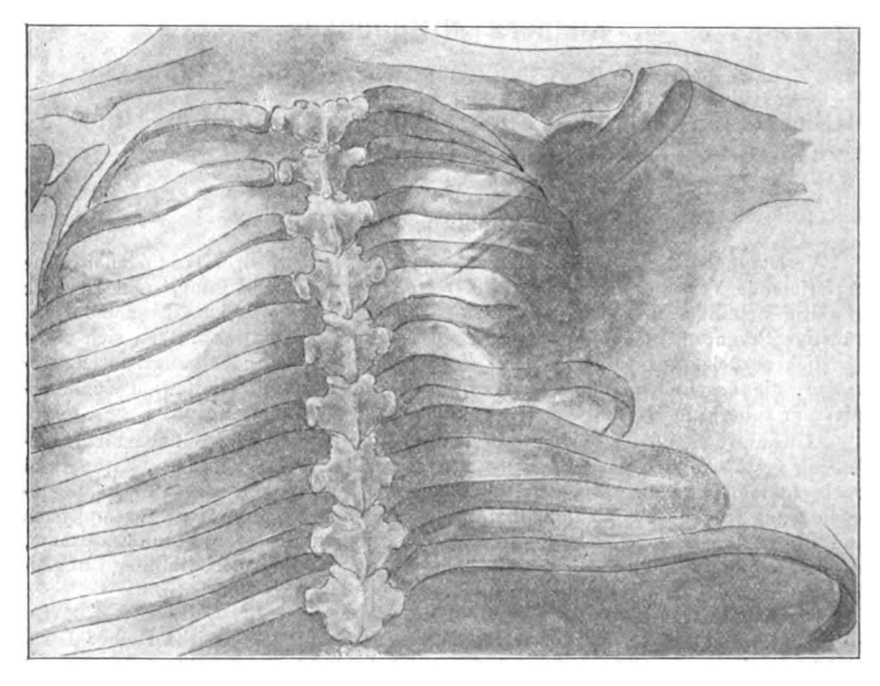
Verletzungen der Pleura und der Lunge durch schwere Brustkontusionen ohne perforierende Verwundung des Thorax bieten, sofern nicht Lunge und Herz so gewaltig beteiligt sind, daß alsbaldiger Tod die Folge ist, im allgemeinen eine günstige Prognose. Hautemphysem, Pneumo- und Hämothorax bilden sich meist gänzlich zurück, nur selten kommt es zu pneumonischen oder gangränösen Prozessen, die das Leben gefährden, und noch rarer sind die Fälle von sicher erwiesener tuberkulöser Infiltration der Lunge als Folge eines Traumas.

Ganz abweichend von dem gewöhnlichen Verlaufe subkutaner Lungen-Pleuraverletzung gestaltete sich das Bild bei einem in der Klinik des Herrn Dr. Karewski beobachteten Kranken. Trotzdem auch hier die ursprünglich sehr schwere Beeinträchtigung von Pleura und Lunge, die sich in Hämopneumothorax, Hautemphysem und Bluthusten äußerte, ohne alle Komplikationen zu einem guten Ende kam, ist der Kranke infolge von Rétrécissement thoracique mit hochgradiger Lungenschrumpfung dauernd invalide geworden.

Die Krankengeschichte ist folgende:

Pat. erhielt am 14. November 1901 einen Stoß von der Deichsel eines Lastwagens in die rechte Rückenseite und wurde gleichzeitig gegen einen Wagen der Straßenbahn gequetscht. Er wurde bewußtlos nach Hause gebracht, wo sich sogleich starke Schmerzen in der rechten Brustseite, heftige Atemnot und Bluthusten einstellten. Bei der Untersuchung fand sich ein die ganze rechte Körperhälfte vom Becken bis zum Kopfe einnehmendes Hautemphysem. Von der Spitze der rechten Skapula bis zur 10. Rippe hinunter besteht eine tiefe Einsenkung; daselbst Krepitation von zahlreichen Rippenbrüchen. Die Atmung ist sehr frequent und oberflächlich und verursacht große Schmerzen in der rechten Seite. Die rechte Thoraxhälfte atmet nicht mit. Der Perkussionsschall ist links überall voll und laut, rechts tympanitisch, in den unteren Partien gedämpft. Atemgeräusch links normal, rechts nicht vorhanden. Herzdämpfung in den gewöhnlichen Grenzen. Die Leber steht tief, so daß sie unter dem Rippenbogen gut palpabel ist. Pat. hustet viel und zähes, blutiges Sputum aus, ohne daß eine eigentliche Hämoptoë eingetreten wäre. Puls kräftig, 120. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Therapie: Bettruhe, Morphium, Heftpflastereinwicklung der rechten Thoraxhälfte. Bis zum 10. Tage verschwindet allmählich das Hautemphysem. Die dyspnoischen Beschwerden bleiben bestehen. Pat. hustet dauernd, muß stets sitzen. Das Sputum ist fast rein schleimig mit sehr geringen blutigen Beimischungen.

Die Temperatur ist nie über 37,2 abends gestiegen. Es hat sich eine kolossale Sugillation der rechten Körperhälfte gebildet, die von der Supraklavikulargrube bis zum Knie reicht. Am 20. Tage Abnahme des Verbandes. Der Pneumothorax ist völlig resorbiert. Der Klopfschall ist jetzt rechts oben ziemlich voll, unten besteht eine ca. handbreite Dämpfungszone, die dem vorhandenen Hämothorax entspricht. Das Atemgeräusch ist oben vesikulär, über der Dämpfung aufgehoben. Temperatur dauernd um 36,5. Die Inspiration verursacht große Schmerzen in der rechten Seite. In der 4. Woche macht Pat. die ersten Gehversuche, jedoch tritt schon bei der geringsten Anstrengung bis zu Erstickungsanfällen sich steigernde Dyspnoë auf. Bei der Entlassung am 9. Dezember ist der Status folgender. An der Stelle der Rippenfraktur ist eine tiefe Delle vorhanden, die auf Druck sehr schmerzhaft ist. Die rechte Thoraxhälfte hat einen geringeren Umfang als die linke, nur in den unteren Partien entspricht sie der anderen Seite. Sie atmet



Zertrümmerung der rechten Thoraxhälfte mit Lungenzerreißung unter starker Deformierung und mit Lungenschrumpfung geheilt. Zeichnung nach Radiogramm. Zahlreiche knöcherne Verwachsungen der mit Dislokation geheilten Rippen. Verdichtung des Lungenschattens.

auch nur in geringer Ausdehnung mit. Der Perkussionsschall ist über der Spitze und vorn zwischen Mammillar- und Sternallinie voll und laut, hinten dumpf und von der 7. Rippe abwärts ausgesprochen gedämpft. Das Atemgeräusch ist rechts hinten oben abgeschwächtes Vesikuläratmen, unten nicht zu hören. Herz in normalen Grenzen, von guter Funktion. Die Lebergrenze erreicht kaum den Rippenbogen. Pat. kann einige Schritte gehen, jedoch nicht einmal eine Stufe steigen, ohne die heftigste Atemnot zu bekommen. Im Laufe der nächsten Monate bildet sich ein unzweifelhaftes Vol. pulm. auct. der linken Seite aus, während die rechte nicht im geringsten Form oder Umfang verändert. Ebenso bleiben die subjektiven Beschwerden: Schmerzen und Dyspnoë, dauernd bestehen. Ende Dezember 1902 ist der objektive Befund fast der gleiche wie ein Jahr zuvor. Die Wölbung des Thorax ist rechts, besonders hinten und seitlich, erheblich abgeflacht. Der

Umfang beträgt in der Höhe des Skapularwinkels rechts 3 cm weniger als links. Beim Atemholen bleibt die rechte Seite deutlich und auffällig zurück. Der Klopfschall ist über der rechten Spitze voll und laut. Die Dämpfung beginnt vorn in Höhe der 4., hinten in Höhe der 7. Rippe und geht in die Leberdämpfung unmittelbar über. Das Atemgeräusch ist über der Spitze vesikulär, weiter unten abgeschwächt, über den gedämpften Partien nicht zu hören. Die linke Lunge bietet die Erscheinungen des Emphysems dar. Husten und Auswurf nicht vorhanden. Ein um diese Zeit aufgenommenes Röntgenbild zeigt die Frakturen der 3.—6. Rippe. Die betreffenden Rippen sind untereinander durch knöcherne Brücken verbunden.

Wir haben also einen Fall vor uns, in dem die Zertrümmerung des Thorax mit Lungenzerreißung zunächst zu den allerbedrohlichsten Erscheinungen geführt hatte. Trotzdem nun alle Komplikationen entzündlicher Natur fernblieben, ist doch der Endausgang derartig ungünstig geworden, daß Pat. als dauernd erwerbsunfähig bezeichnet werden muß. Von der rechten Lunge ist nur noch ein kleiner Teil für die Atmung brauchbar, die rechte Thoraxhälfte ist wesentlich verkleinert und überdies durch weitreichende Verwachsungen der vielfach frakturierten Rippen in ihrer Beweglichkeit derart behindert, daß auch nur mäßige Anstrengung Atemnot hervorruft.

Es fragt sich nun, auf welche Vorgänge die an der verletzten Lunge beobachteten Erscheinungen zurückzuführen sind. Zunächst war natürlich, so lange die Pleurahöhle mit Luft und Blut angefüllt war, das gesamte Lungengewebe atelektatisch. Mit dem Verschwinden des Hämopneumothorax zeigte sich jedoch, daß nur die Spitze der Lunge wieder funktionsfähig wurde, während über den unteren Partien die Dämpfung dauernd bestehen blieb und ein Atemgeräusch nicht mehr gehört werden konnte. An diesem Zustande hat sich im Laufe eines Jahres nichts geändert. Es ist also der gesamte untere Lungenlappen in ein festes, funktionsunfähiges, luftleeres Gewebe verwandelt worden. Eine chronisch pneumonische Infiltration kann man mit Sicherheit ausschließen: Es ist niemals die geringste Temperatursteigerung dagewesen, niemals sind auskultatorisch katarrhalische Erscheinungen wahrgenommen worden, noch hat je das Sputum pneumonische Beschaffenheit gezeigt. Offenbar hat die Verletzung nicht nur zu einem Bluterguss in die Pleurahöhle, sondern auch zu einer blutigen Durchtränkung der unteren Partien der Lunge selbst geführt. Solche Hämorrhagien ins Lungengewebe nach Thoraxkontusionen sind mehrfach bei Sektionen gefunden worden. Im allgemeinen wird das Blut in kurzer Zeit resorbiert, ohne daß Funktionsstörungen zurückbleiben. Hier ist es jedoch nicht zur Resorption, sondern zur Organisation der Blutmassen gekommen, und wir haben demnach an Stelle des unteren Lungenlappens eine ausgedehnte Narbe vor uns. Der Prozeß entspricht der narbigen Schrumpfung hämorrhagischer Lungeninfarkte, als Ausgang einer traumatischen Affektion ist er jedoch ein ganz ungewöhnliches Vorkommnis.

---

22) **Bonnette.** Blessure mortelle de l'abdomen par coup de feu à blanc (fusil modèle 1874).

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1902. Nr. 10.)

Verf. bespricht einen Fall von Schußverletzung durch Platzpatrone aus nächster Nähe (etwa 10 cm Entfernung). Getroffen war das linke Hypogastrium 10 cm unterhalb der Brustwarze, wo sich eine Einschußöffnung von 2 cm im Durchmesser befand, eine Ausschußöffnung fehlte. 5 Stunden nach der Verletzung starb der Verwundete während der Vorbereitungen zur Laparotomie. Die Leichenöffnung ergab ein 5-francsstückgroßes Loch des Netzes und des Colon transversum an seiner vorderen und hinteren Fläche; in der Flexura sigmoidea, und zwar nur in der vorderen Wand, wurde ein 2-francsstückgroßes Loch angetroffen. In der Bauchhöhle etwa 2 Liter Blut.

Verf. hat dann aus einer Entfernung von 3—50 cm Schießversuche mit Platzpatronen auf Kürbisse von 92 cm Umfang angestellt. In einer Entfernung von

3—35 cm zeigten hierbei die Kürbisse völlige Durchbohrung der getroffenen Wand mit mehrfachen Fissuren, während auf eine Entfernung von 35—50 cm nur Quetschungen der Wand vorhanden waren. Aus diesen Versuchen geht hervor, daß bei Verletzungen weicher Teile durch Platzpatronen ähnliche Zerstörungen zu erwarten sind. Die feinen Teile der Pappe und des Pulvers, außerdem die durch Pulvergase nach vorn getriebene komprimierte Luft sind die Ursachen der Zerstörungen von Weichteilen und der Knochenbrüche, welche durch Schüsse von Platzpatronen aus nächster Nähe hervorgerufen werden. **Herhold** (Altona).

23) **Borchgrevink.** Fall von anatomisch nachgewiesener Spontanheilung der tuberkulösen Peritonitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 3.)

Verf. ist der Ansicht, daß eine spärliche Tuberkelaussaat auf das Bauchfell bei relativ kräftigen Personen eine leichte und rasch heilende Erkrankung hervorruft, während sie bei Tuberkulösen kein entscheidendes Plus der Krankheit zuzuführen braucht, ferner daß die tuberkulöse Peritonitis bloß bei einer quantitativ heftigen Infektion des Bauchfelles oder bei geringer Widerstandsfähigkeit des Kranken oder aber bei Zusammenwirken dieser beiden Momente zum Tode führt. In dem mitgeteilten Falle war eine tuberkulöse Peritonitis durch Tierexperiment sichergestellt. Bei der Sektion fanden sich bindegewebige Verwachsungen und Verdickungen des Bauchfelles, aber keine Spur einer tuberkulösen Erkrankung. Es ist also die Spontanheilung einer tuberkulösen Peritonitis in dem Falle sicher nachgewiesen. **Borchard** (Posen).

24) **Rammstedt.** Oxyuris vermicularis als Ursache akuter Appendicitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 51.)

Der resezierte Wurmfortsatz war 8 cm lang, dunkelrot, machte einen starren, erigierten Eindruck. Das umgebende Bauchfell sowie die angrenzenden Darmschlingen waren ebenfalls gerötet. Kein Eiter. Am zentralen Ende des Proc. vermiformis füllte ein dicker Knäuel lebhaft beweglicher Oxyuren die Lichtung, während zahlreiche kleinere Haufen derselben sich auch in anderen Teilen des Wurmfortsatzes fanden. **Borchard** (Posen).

25) **Kohlhaas.** Die Atropinbehandlung des Ileus.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1903. Januar 17.)

Verf. hat in 5 Fällen von Ileus Atropin mit gutem Erfolge gegeben, bei Erwachsenen 1,5 mg 2mal, bei Kindern $^1/_2$ mg. Es handelte sich in keinem Falle um eine einfache Koprostase, sondern einige Male wohl um spastisch-paralytischen Ileus; die betreffenden Pat. waren bereits in sehr schlechtem Allgemeinzustande. Bei 2 Kindern von 4 und 6 Jahren, welche 3 Tage mit schwersten Ileuserscheinungen dagelegen hatten (Operation verweigert), schien eine Invagination vorzuliegen. Der letzte Fall war ein Ileus im Verlaufe einer tuberkulösen Peritonitis. Der Erfolg war immer ein prompter, sämtliche Kranke genasen.

Verf. empfiehlt das Atropin für die spastisch-paralytische Form des Ileus unter allen Umständen; ist die Diagnose über die Form des Ileus unsicher, so bleibt, wenn die Atropinwirkung nicht nach einigen Stunden eintritt, immer noch die Laparotomie. Auch bei der Invagination und der eingeklemmten Hernie wäre eine Wirkung nicht ausgeschlossen (Krampfstillung, Verengerung der Mesenterialgefäße, Verminderung der Darmsekretion). Jedoch darf die Herniotomie deshalb unter keinen Umständen verzögert werden; man darf höchstens bei anscheinend leichter Einklemmung an Stelle der Taxis einen kurzen Versuch mit Atropin machen.

Mohr (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 17. **Sonnabend, den 25. April.** **1903.**

I.

Rationelle Methode zur Fixierung der Wanderniere in einer relativ normalen Position.

Von

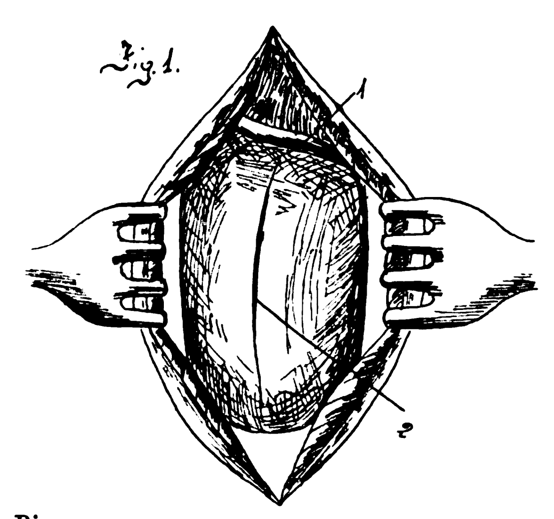
Prof. **Giuseppe Ruggi,**
Direktor der chirurgischen Klinik in Modena.

Es ist bekannt, daß seit dem Jahre 1881, seit der Zeit, wo Hahn die Fixierung der Wanderniere als Ersatz der von Martin im Jahre 1878 ausgeführten Nephrektomie vorschlug, verschiedene Methoden und Operationsweisen von den Chirurgen ausgedacht wurden, und ist hieraus zu ersehen, daß bis jetzt diesbezüglich eine feststehende Methode nicht gefunden worden ist. Die bestehenden Schwierigkeiten hängen meiner Ansicht nach zum Teil von der

Brüchigkeit des Organs ab, zum Teil von der Disposition und der besonderen Resistenz der Gebilde, die es umgeben; zum Teil von der anatomischen Konstitution der Wand, an der die Niere normal befestigt werden soll.

In Anbetracht dessen also, daß die verschiedenen und wichtigsten Methoden und Operationsweisen, sowohl auf dem lumbalen, als auch auf dem paraabdominalen Wege, nicht dem entsprechen, was die Chirurgen seit langer Zeit beabsichtigen, möchte ich vor allem die nachstehenden Grundsätze formulieren, die ich zur Ausführung einer normal zu nennenden Nephropexie für unerläßlich halte. Es sind dies die folgenden:

1) Die verschobene Niere muß in eine der Höhe und der Richtung nach relativ normale Lage gebracht werden.



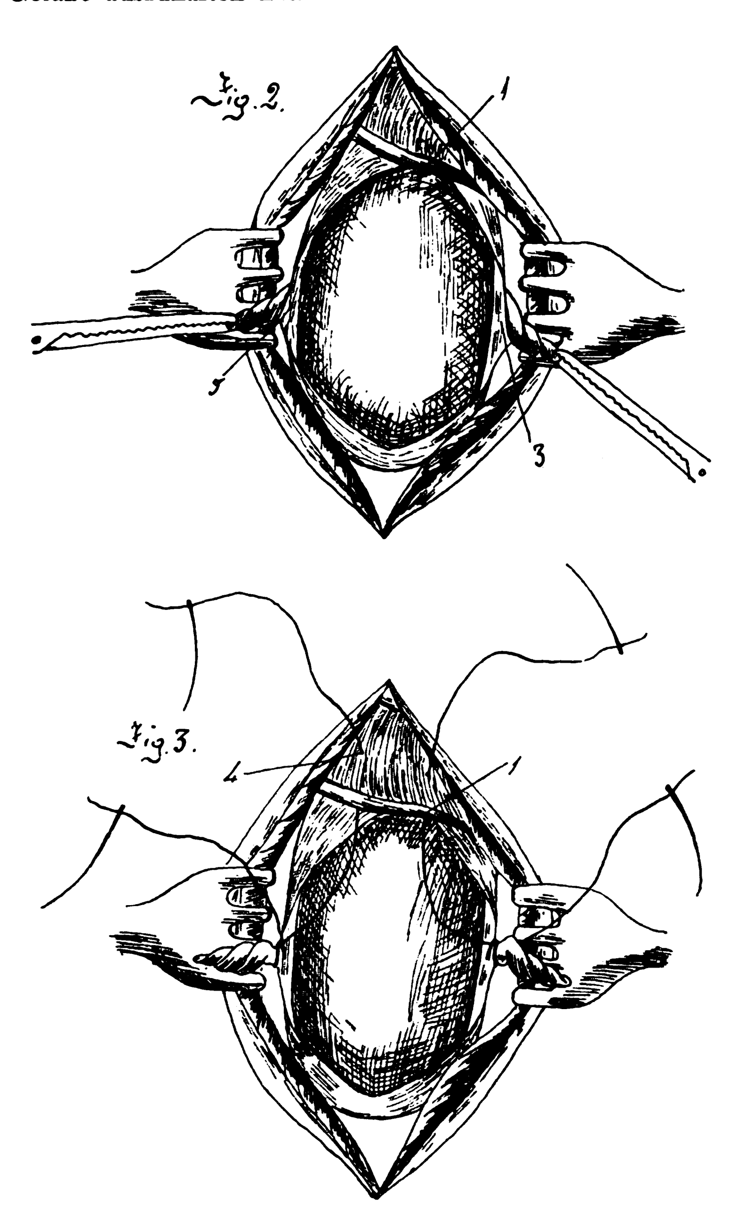
1 Letzte Rippe
2 Einschnitt in die fibröse Kapsel.
3 Zweiseitiges Ablösen und Aufrollen der Kapsel.
4 und *4'* Durchzug der Katgutfäden, die an den Stielen befestigt sind und durch den interkostalen Zwischenraum geführt werden.
5 Verknüpfung der durch den interkostalen Zwischenraum geführten Fäden.
6 Zuckerkandl'sche Fascie, die unter und hinter dem unteren Pol der Niere durchgeführt, und am oberen Teil des inneren rückwärtigen Randes der Wunde befestigt wird.

2) Die Niere muß derart am Brustkorbe fixiert werden, daß sie von demselben in entsprechender Weise geschützt werden kann.

3) Die Niere darf durch den operativen Eingriff in keiner Weise geschädigt oder auch nur leicht in ihrer inneren anatomischen Struktur verletzt werden.

4) Die Operation muß mit solcher Sorgfalt vorbereitet und durchgeführt werden, daß alle Bedingungen für die Möglichkeit einer Heilung ohne Eiterung gegeben sind.

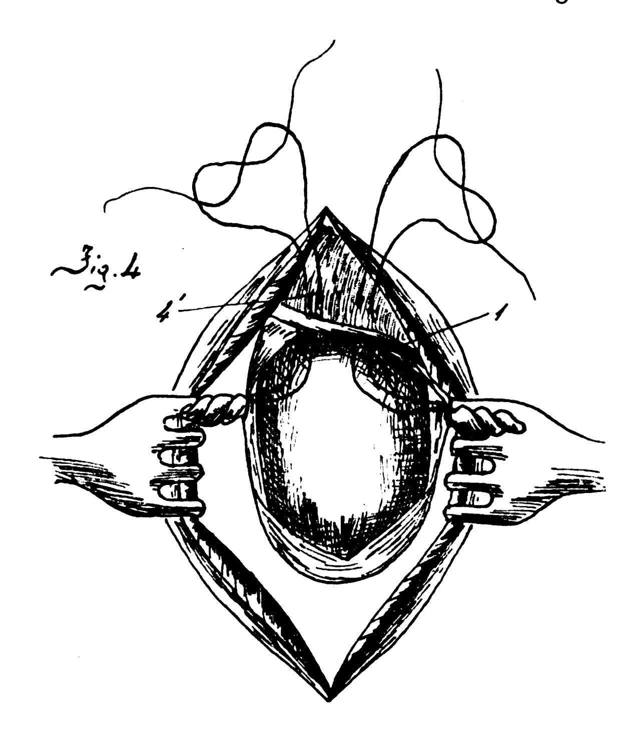
5) Die Niere muß in der ihr angewiesenen Gegend so fixiert werden, daß sie keinerlei Druck und keine Zerrung ihrer Nerven und Gefäße auszuhalten hat.



Diesen Grundsätzen würde meine Methode, die aus zwei Verfahren besteht, entsprechen. In beiden Verfahren ist die Inzision eine lumbokostale, wie im Verfahren Hahn's und seiner Nachfolger, mit dem einen Unterschied jedoch, daß ich den Schnitt, der gewöhn-

lich von der 11. Rippe bis zur Crista iliaca geführt wird, etwas über dieselbe hin ausdehne (wie auch Czerny verfährt), um mehr Raum zu gewinnen.

Nachdem das pararenale Gewebe aufgedeckt ist, entferne ich es, besonders gegen die lumbokostale Wand zu. Dann schneide ich die Fascia renalis nach rückwärts gegen die sog. Zuckerkandl'sche Fascie zu ein. Nun entferne ich die Capsula adiposa so viel als möglich, wobei ich ganz besonders auf die Blutstillung Rücksicht nehme. Die Niere wird in die abdominal-lumbale Wunde gedrängt, am konvexen Rand die sie umhüllende Tunica fibrosa eingeschnitten und

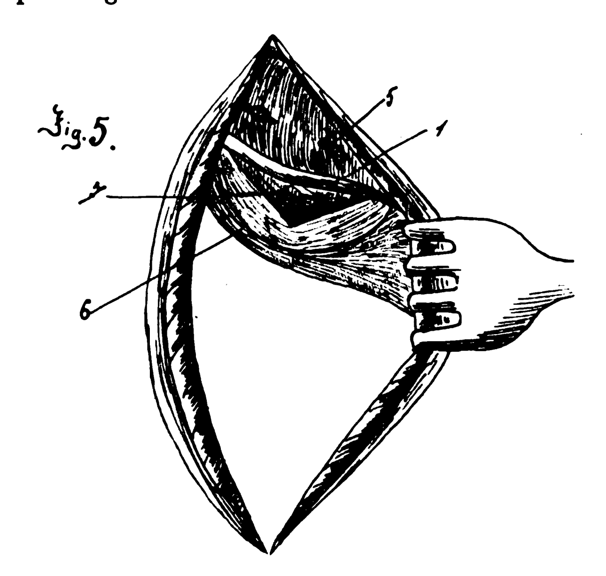


diese bald auf beiden Seiten, bald nur auf einer Seite abgelöst. Im letzteren Falle wähle ich gewöhnlich die hintere Seite, um sie an der entsprechenden abdominalen Wand unter dem kostalen Bogen anzuheften. Bis hierher bringt meine Methode nichts anderes, als was früher auch geschehen ist.

Da ich jedoch in der Praxis und auch am Kadaver konstatiert habe, daß die fibröse Kapsel der Niere künstlich präpariert werden muß, um gegenüber dem Zug die nötige Resistenz darzubieten, habe ich versucht, den einen oder beide in vertikaler Richtung losgelöste Teile in der Längsrichtung der Niere aufzurollen, um so je nach Bedarf eine oder zwei Stiele zu bilden, die unterbunden und durch einen Stich festgehalten werden und so der Dehnung einen kräftigen Widerstand entgegenstellen können. In der Tat habe ich bei den

an gut erhaltenen Leichen ausgeführten Proben konstatieren können, daß diese Resistenz zwischen 800—1200 g schwankt.

Ich wende die einseitige Ablösung der Tunica fibrosa, d. h. die des rückwärtigen Teiles in einfachen Fällen an; dagegen bediene ich mich der zweiseitigen Ablösung in jenen Fällen, wo die Verschiebung eine bedeutendere ist und wo mir deshalb eine energischere und ausgedehntere Fixierung der Niere geboten erscheint. In jedem Falle beschränke ich die Ablösung der Tunica fibrosa auf die Hälfte oder wenig mehr der Außenseite der operierten Niere. Wenn die Ablösung auf beiden Seiten geschieht, so erscheint die Niere gleichsam in einer durch die abgelösten Teile der Kapsel gebildeten Hängematte aufgehängt; die beiden Pole des Organs verhindern eine völlige Dekapsulation, die sonst infolge der an den Stielen ausgeübten Spannung eintreten könnte.



Im Verfahren mit zweiseitiger Ablösung führe ich die Fäden (je zwei auf einer Seite) durch den Interkostalraum zwischen der 11. und 12. Rippe durch, indem ich die des hinteren Teiles des Organs etwas mehr rückwärts, die beiden Fäden des vorderen Teiles etwas mehr vorn befestige. Die rückwärtige Befestigung entspricht ungefähr der Vereinigung des äußeren mit dem mittleren Drittel der 12. Rippe.

Bei dem Verfahren mit nur einem losgelösten Teile ziehe ich die an der fibrösen Kapsel angebrachten Fäden zwischen der 11. und 12. Rippe durch, an der rückwärtigen der oben angegebenen Stellen.

Ich habe auch an ein Aufrollen des kapsulären Teiles in querer Richtung gedacht, besonders in Fällen, wo es sich um eine einseitige rückwärtige Befestigung handelte, habe aber gesehen, daß diese Methode der erstgenannten nachsteht.

Ich wende außerdem in beiden Fällen eine weitere Praxis an, welche die Fixierung der Niere in einer der beiden eben aufgeführten Weisen noch besonders sichert. Ich bediene mich nämlich der Zuckerkandl'schen Aponeurose, um am unteren Pol der Niere einen sicheren Halt zu gewinnen, der von der entsprechend präparierten Aponeurose selbst gegeben wird; ich führe dieselbe hinter und unter dem bezeichneten unteren Pol der Niere durch und befestige sie mit starkem Katgut an der oberen inneren Seite des rückwärtigen Randes der Wunde.

Vor Schluß der Wunde führt man in deren unteren Teil eine kapillare Drainage ein, die man bei dem ersten Verband entfernt.

II.

(Aus dem S. Giovanni-Hospital in Turin.)

Verschliefsung von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Metallplatten.

Von

Primararzt Dr. Z. Isnardi,

Privatdozent für Chirurgie.

Witzel in Bonn (Zentralblatt für Chirurgie 1900 Nr. 10 u. 17) und Goepel in Leipzig (Zentralblatt für Chirurgie 1900 Nr. 17) empfahlen, Bauchwunden und Bruchpforten durch Silberdrahtnetze zu verschließen. Seit 1890, in welchem Jahre Trendelenburg einen Fall mitteilte, in welchem er eine Bruchpforte durch eine Knochenscheibe verschlossen hatte, verwende ich solche fremde Materialien zu dem gleichen Zwecke, doch weicht die von mir befolgte Technik von jener der genannten Autoren ab. Sie legen die Drahtnetze entweder zwischen die Ränder der Bruchpforte (Witzel) oder auf die Außenseite der Bruchpforte, d. h. zwischen die Aponeurose-Muskelschicht und die Bauchhaut (Goepel); ich dagegen lege die von mir verwendete Platte direkt aufs Peritoneum auf.

Handelt es sich um Nabel- oder Bauchnarbenbrüche, so trenne ich den Bruchsack sorgfältig von der Narbenkontour los, unterbinde und versenke ihn. Hierauf präpariere ich mit dem eine Gummihülle tragenden Zeigefinger das Peritoneum rund herum ab, so den Bruchsackstumpf von der Bauchwand trennend und eine Höhle schaffend, die ringsherum ungefähr 2 cm weiter ist als der Außenrand der Bruchpforte. In diese Höhle führe ich eine Metallplatte ein (statt des Drahtnetzes gebrauche ich nämlich eine ganz dünne runde oder ovale durchlöcherte Platte aus biegsamem Metall, die einen etwas dickeren, erhöhten, glatten, abgestumpften Rand hat). Diese Platte ist breiter als die Bruchpforte, und man bringt sie hindurch, indem man sie mit dem Rande aufrecht in die Nabelöffnung steckt, in der Weise, wie man einen Knopf durchs Knopfloch bringt.

Die starken fibrösen Ränder des Bruchringes dürfen durch Umschneidung nicht geschwächt werden, sondern werden nur leicht wund gemacht und mittels einer Metallnaht so weit als möglich genähert.

Bei Nabel- und Bauchnarbenbrüchen eignet sich die Platte am besten, weil hier das Peritoneum eine ebene Fläche hat und weil größere Gefäße, Nerven und sonstige zarte Gewebe, die durch die Nähe des Fremdkörpers geschädigt werden könnten, nicht vorhanden sind.

Die auf das Peritoneum gelegte Platte hat dem nach der Goepel-schen Methode auf die Aponeurose aufgelegten Drahtnetze gegenüber folgende Vorzüge:

1) Sie ebnet das Peritoneum und läßt eine trichterartige Einheilung desselben in die Bruchpforte, die nur zu leicht zu Bruchrezidiven führen kann, nicht zustande kommen.

2) Sie verhindert einen Druck auf die Bruchpforte von seiten der Eingeweide. Wo eine Narbe besteht, wird diese bekanntlich durch den Andrang der Eingeweide und die Kontraktion der umliegenden Muskelfasern ausgedehnt, so daß sie zerreißen und ein Bruch entstehen kann. Dies findet nun auch statt, wenn außen von dieser Narbe ein Drahtnetz nach Goepel aufgelegt worden ist. Infolgedessen kann die Hernie, nach Überwindung der Narbe, bis zum Drahtnetz gelangen und dieses in die Höhe schieben oder zu dessen Seiten herausgleiten, ähnlich wie mitunter eine Hernie unter der Pelotte eines Bruchbandes hervordrängt. Bei Auflegen einer Platte auf das Peritoneum ist dagegen ein Druck auf die Narbe oder auf den schwachen Teil gänzlich ausgeschlossen; denn den Druck erfährt die Platte und sie überträgt ihn auf die gesunden Muskelwände, an denen sie eine feste, ausgedehnte Stütze findet.

3) Sie wird von den Geweben gut ertragen. Sie verlötet mit dem Peritoneum und bewegt sich mit diesem, ohne irgendwo einen Druck auszuüben und ohne daß sie mit irgend einem Gewebe verhakt zu sein braucht, wie es beim Drahtnetz der Fall ist. Im Ruhezustande lagert sie, ohne zu drücken, auf dem Peritoneum; hustet der Operierte oder macht er eine Anstrengung, dann stößt sie gegen die Bauchwand, ohne jedoch Schmerz oder ein Gefühl von Zerrung zu verursachen. Das außen lagernde Drahtnetz dagegen widersteht Anstrengungen nur kraft seiner Anheftung an die Aponeurose und die Muskeln und bietet deshalb nicht nur eine geringere Resistenz, sondern kann auch Schmerz verursachen.

In einem Falle von Nabelbruch und in einem Falle von nach Appendektomie erfolgter Hernie bei zwei Frauen, die nach ihrer Heilung schwanger wurden, verliefen Schwangerschaft und Niederkunft, ohne daß sich die Hernien reproduzierten und ohne daß die Platte sie irgendwie belästigte.

Auch in exzeptionellen Fällen von sehr voluminöser Leisten- oder Schenkelhernie oder von Bruchrezidiv, sowie in Fällen mit

schlaffer oder aplasischer Bauchwand und bei Hernien ohne Bruchsack (Blasen-, Kolonhernien etc.) verwende ich die Platte, aber auch hier lege ich sie direkt auf das Peritoneum oder das bruchsacklose Eingeweide. Bei Anwendung des Drahtnetzes nach Witzel mit Lagerung desselben zwischen die Pfeiler des Leistenbandes oder zwischen den M. obliquus externus und den M. obliquus internus, oder zwischen diesen und den M. transversus, oder in den Schenkelkanal besteht immer ein schwacher Punkt am Samenstrang und an den Oberschenkelgefäßen, d. h. man muß am Rande des Netzes ein Loch zum Durchgang derselben lassen. Durch dieses Loch hindurch kann nun eine Hernie entstehen. Es ist zu bemerken, daß in dieser Gegend das Peritoneum, indem es aus der Darmgrube nach der vorderen Bauchwand zieht, eine nach vorn und unten konvexe Kurve beschreibt. Der Samenstrang und die Iliacalgefäße verlaufen entlang einer den Bogen dieser Kurve berührenden Linie. Legt man nun eine etwas konkave und der Peritonealkurve parallele Platte auf das Peritoneum, so kehrt diese den besagten zarten Gefäßen ihre konvexe Rückseite zu und kann sie also mit ihrem unteren oder inneren Rande nie drücken, wie es die von Witzel und Goepel verwendeten Drahtnetze tun. Die Platte hat kein Loch an ihrem Rande, hat eine genügende Weite und sorgt deshalb für einen wirklichen Verschluß.

Nach Versenkung der Platte vernähe ich die verschiedenen Schichten mit Metallfäden nach der Bassini'schen Methode. Übrigens verwende ich seit fünf Jahren zu jeder versenkten Naht und zu Gefäßligaturen nur Metallfäden, und zwar sowohl bei Laparotomien als bei Operation von Hernien und sonstigen Operationsarten.

Ungefähr 50 so operierte Fälle von Hernien — und sie betreffen Individuen von verschiedenem Alter — bestätigen das oben dargelegte. Ein Kind, das ich wegen voluminöser Leistenhernie operiert hatte, und das zwei Jahre darauf an den Masern starb, wies bei der Autopsie die Platte mit dem Peritoneum verlötet auf; sie war mittels zahlreicher fester Adhäsionen an dasselbe geheftet und bewegte sich mit ihm. Bruchrezidiv hat nicht stattgefunden.

---

1) **Lehmann** (Straßburg i/E.). Über Adrenalin (Tierversuche).

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 49.)

Nach den von L. angestellten Tierexperimenten scheint die Methode der »präventiven Adrenalininjektionen« bei verschiedenen Operationen an blutreichen Organen von Vorteil zu sein, wenn auch durch dieselbe die Unterbindung größerer Arterien und Venen nicht überflüssig gemacht wird. L. hat nämlich bei seinen Versuchen mit Leberexzisionen an Kaninchen, Hunden etc. beobachtet, daß

nach vorgängiger Einspritzung von 1—2 ccm 0,1 %iger Adrenalinlösung in das Lebergewebe und unter seine Kapsel der betroffene Leberabschnitt ganz blutleer wurde und Abtragungen größerer Leberteile innerhalb der Grenzen des anämischen Bezirks ohne nennenswerthe Blutung wie auch — trotz nachfolgender zunehmender Hyperämie — ohne Nachblutung ausführbar waren. Wahrscheinlich wurde letztere durch die Bildung von Thromben in den Kapillaren an der Schnittfläche des Lebergewebes als Folge der Adrenalinwirkung verhindert. Intoxikationserscheinungen traten niemals auf.

Kramer (Glogau).

---

2) **M. Bukofzer.** Untersuchungen über die Wirkung von Nebennierenextrakt (Adrenalin) auf die Schleimhaut der oberen Luftwege bei äußerlicher Anwendung.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 241.)

Verf. hat mit Adrenalin Versuche an Menschen und Tieren gemacht und überall die gefäßverengernde Wirkung konstatieren können; zunächst auf der Nasenschleimhaut, dann auf der äußeren Haut nach Entfernung des Statum corneum durch Schmirgelpapier. Auch Arterien und Venen am Kaninchenohr wurden durch das Mittel verengt, wenn es nur recht nahe an die Gefäße herangebracht wurde. Die direkte, mikroskopische Beobachtung der Kapillarverengerung wurde an der Schwimmhaut des Frosches gemacht. Beim Menschen ist das Adrenalin auf chronisch hyperämischen Schleimhautpartien unwirksam, akute Hyperämien dagegen blassen ab; für Nasenuntersuchungen ist es zur Erweiterung der Lichtung der Nasenhöhle sehr zu empfehlen, ebenso zur Ausführung fast unblutiger Operationen in der Nase; anästhesierende Wirkung hat es nicht. Ref. kann die klinischen Beobachtungen bestätigen.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

3) **C. Brunner.** Die Verwundeten in den Kriegen der alten Eidgenossenschaft.

Tübingen, H. Laupp'sche Buchh., 1903. XVI, 418 S. 13 Abb. u. 1 Tafel.

Schon früher einmal hat Ref. seine Freude darüber ausgesprochen, daß das Spezialgebiet der Kriegschirurgie eine größere Anzahl von Ärzten zu geschichtlichen Forschungen angeregt hat. Nun liegt wieder eine neue Arbeit aus demselben Gebiete vor, die, das Ergebnis zehnjähriger mühseliger archivalischer und literarischer Studien, uns nicht nur ein genaues Bild der Kriegschirurgie des 14.—18. Jahrhunderts in den schweizer Heeren gibt, sondern gleichzeitig die gesamte Verwundeten- und Krankenpflege der damaligen Zeit nach allen Richtungen hin umfaßt und in Verbindung damit auf die Kulturzustände der Schweiz im allgemeinen manche interessante Streiflichter fallen läßt.

Kaum ein Land dürfte geeigneter sein, über die Verhältnisse der Kriegsarzneikunde namentlich im 14., 15. und 16. Jahrhundert Aufschluß zu geben wie die Schweiz, die in jener Zeit fast ununterbrochen Kämpfe bald unter den einzelnen Kantonen, bald gegen äußere Feinde auszufechten hatte, Kämpfe aber, die nicht so groß waren, daß, wenigstens in einigen der geordneten Kleinstaaten mit ihrer intelligenten Bevölkerung, besonders in Bern, genaue Berichte über Ausrüstung, Leistungen und Verluste der Truppen unmöglich gewesen wären. Dazu kommt, daß während wir wissen und in dem Buch von neuem erfahren, daß in den Staaten, gegen welche die Schweiz focht, die Heerführer zwar ihre Leibärzte für sich mit ins Feld führten, nicht aber solche für die Truppen, wir hier sehen, daß eben zu dieser Zeit schon die Truppe selbst bei den alten Eidgenossen vorsorglich von Chirurgen in das Feld begleitet worden ist, wenn das auch nur Feldschere waren, deren Händen damals ja aber aller Orten die Chirurgie anvertraut war. Und gerade aus diesen Schweizer Feldscheren und denen des benachbarten Elsaß gingen denn damals auch die tüchtigsten Kräfte hervor: Pfolspeundt, Brunschwig, Gerssdorff, Wirtz, deren Namen in der Geschichte der Kriegschirurgie einen guten Klang haben. Im 17. und 18. Jahrhundert, als die Schweiz von ihrer schwer errungenen Höhe herabsank, sammelten ihre Söhne ihre Kriegserfahrungen mehr außerhalb der Heimat — erreichte im Jahre 1748 die Zahl der schweizer Söldner doch die für die Kleinheit des Landes ganz gewaltige Höhe von 75000 Mann —, boten die Einrichtungen für die Kranken- und Verwundetenpflege somit auch nicht das Originelle, was sie in den früheren Jahrhunderten auszeichnete, und traten zurück gegenüber den Leistungen in den Heeren Frankreichs, Englands, Preußens.

So liegt denn der Schwerpunkt des B.'schen Werkes auch wesentlich in seiner ersten Hälfte, und es ist zu bewundern, wie Verf., der stets den Blick auf das Ganze gerichtet hält, durch seine mühsamen Studien in alten Archiven aus einzelnen Berichten, alten Rechnungen, Erzählungen, Holzschnitten in peinlicher musivischer Arbeit Bilder über die Kulturzustände jener Zeiten zusammengefügt hat, die speziell im Gebiet der Verwundetenpflege nicht das geringste Moment unberücksichtigt lassen. Die Bewaffnung von Freund und Feind, die Beschaffenheit und Ausrüstung der Pfleger — unter denen, wie schon im alten Babylon und noch unter Friedrich dem Großen die Scharfrichter nicht selten die geübtesten und beliebtesten waren —, die Art der Verwundungen, die Behandlung der Verwundeten — noch bis ins 16. Jahrhundert hinein tötete der Sieger nicht selten alles, was sich ihm nicht durch die Flucht entziehen konnte —, die Sorge für die Invaliden und die Hinterbliebenen, die Nachbehandlung in Bädern, das alles lernen wir aufs genaueste kennen und sehen alles durch Belege aus den durchstöberten Archiven sichergestellt. Viel absolut Neues erfahren wir ja nicht; aber unsere

bisherigen Kenntnisse werden durch das Buch nach vielen Richtungen hin erweitert und gesichert, wofür seinem gewissenhaften Verf. unser voller Dank gebührt.

Er schließt sein Werk mit Bemerkungen über zwei neu aufgefundene Manuskripte der Pfolspeundt'schen Wundarznei, älteren Datums als die bisher bekannten, und eines anderen Manuskriptes — von Trutmann, wohl aus dem 14. Jahrhundert —, das zwar sonst wertlos ist, aber einen interessanten Beitrag zur Behandlung der Darmwunden in der damaligen Zeit gibt.

Ob es richtig ist, den alten berühmten Bilguer, der seinen Namen stets in vorstehender Weise schrieb und drucken ließ, immer Bilger zu schreiben, wie es Verf. in seinem Buch tut, weil sich seine Vorfahren so schrieben, möchte Ref. bezweifeln. Er wird doch wohl seinen Grund gehabt haben, sich so zu nennen wie er getan.

Richter (Breslau).

---

4) **Bassères.** Du pansement immédiat des plaies par projectiles de guerre.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1902. Nr. 9 u. 10.)

Verf. rät, das Untersuchen und Auswaschen der Wunden zu vermeiden und einen aus absorbierbaren Stoffen bestehenden trokenen, antiseptischen Verband möglichst bald anzulegen. Als Antiseptikum schlägt B. Sublimat vor. Für die postes de secours (Truppenverbandplätze) und die l'ambulances (Sanitätskompagnien) empfiehlt B. bereits vorher schematisch gefertigte Verbände, und zwar sollen drei Arten derselben in den Behältnissen dieser Sanitätsformationen vorhanden sein, große, mittlere und kleine. Die Verbandsachen sind bis auf die Gazebinden sublimiert, und in wasserdichte Stoffe oder undurchlässiges Papier eingeschlagen. Bei den Ambulanzen fordert B. Reinheit der Hände des Verbindenden, Reinigung der Wundumgebung (Rasieren und Abreiben mit in Alkohol getauchtem Tampon), Sterilisation der Verbände. Auch auf dem poste de secours sollen diese Forderungen nach Möglichkeit durchgeführt werden. Gegen den Schluß der Arbeit wird die Verwendung der Verbände bei den einzelnen Verwundungen und die Behandlung derselben besprochen, wobei im Gegensatz zu unseren Ansichten die energische Desinfektion größerer Wunden und das Fortnehmen der Blutklumpen aus denselben gefordert wird. Über die Art der Blutstillung und etwa notwendige Operationen finden sich dann noch kurze Bemerkungen.

Herhold (Altona).

---

5) **Katzenstein.** Zur Frage der Wirkung der Nervendurchschneidung auf die Schilddrüse.

(Virchow's Archiv Bd. CLXX. p. 170.)

Trotz der Ergebnisse Lübke's (»Beiträge zur Kenntnis der Schiddrüse«, Virchow's Archiv Bd. CLXVII, p. 490), welcher nach Durch-

schneidung der die Schilddrüse versorgenden Nerven eine Verdickung der Fasern des Bindegewebes, eine Vergrößerung der Follikel und eine Hypertrophie des Epithels fand, hält Verf. auf Grund seiner früheren Versuche und Beobachtungen daran fest, daß die Schilddrüse nach Exstirpation ihrer Nerven völlig degeneriere.

Fertig (Göttingen).

---

6) **Bensen.** Beitrag zur Kenntnis der Organveränderungen nach Schilddrüsenexstirpation bei Kaninchen.

(Virchow's Archiv Bd. CLXX. p. 229.)

Auf Grund seiner Versuche und Beobachtungen, welche B. machte 1) an gesunden Tieren, die mit Thyreoidin gefüttert wurden, 2) an thyreoidektomierten Tieren, welche gewöhnliche Nahrung erhielten, und 3) an einer Gruppe von Kaninchen, die Thyreoidin verfüttert bekamen, nachdem ihnen die Schilddrüse exstirpiert war, kommt Verf. zu folgendem Schluß: Nach der Thyreoidektomie bei Kaninchen wird durch den Mangel der Schilddrüse ein Gift im Körper produziert oder zurückgehalten, das eine eigenartige Degeneration des Protoplasmas der Zellen in der Niere, Leber und dem Herzmuskel hervorruft, was schließlich zum Zerfall der Zellen führt. Die Zerfallsprodukte finde man als kolloide Kugeln oder als Cylinder in den Nierenkanälchen wieder. Bei sehr langer Dauer könne auch eine interstitielle Entzündung entstehen, die zur Narbenbildung führt. Gaben von Schilddrüsentabletten können diese Zerstörungen hintanhalten oder abschwächen. Thyreoidin wirkt bei gesunden Tieren schädlich, da es Enteritis, Leber und Nierenerkrankungen verursacht.

Fertig (Göttingen).

---

7) **P. J. Moebius.** Über Antithyreoidin.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

M. hat seit 1901 mehrfach Basedowkranken Serum thyreoidektomierter Hammel in Dosen von 5 g (Merck'sches Antithyreoidin) einen Tag um den andern gebrauchen lassen und dabei folgendes beobachtet: Das Serum hat niemals Störungen hervorgerufen und zweifellos den Kranken Nutzen gebracht. Zwar schien die Zahl der Pulse nicht stark abzunehmen, aber der Umfang des Halses wurde geringer, die Spannung der Struma nahm ab, die Kranken fühlten sich ruhiger, schliefen besser. Bei Unterbrechung der Behandlung nahm der Halsumfang nach einigen Wochen wieder zu. Mit anderen Mitteln war in all den Fällen nie eine gleich günstige Wirkung zu erzielen gewesen. Auch von verschiedenen anderen Seiten ist M. das letztere bestätigt worden; nur fehlten bis jetzt noch die Ergebnisse klinischer Prüfung, und steht der Anwendung des Serums in vielleicht noch wirksameren, größeren Dosen noch der sehr hohe Preis desselben im Wege. **Kramer** (Glogau).

---

8) Lanz. Weitere Mitteilung über serotherapeutische Behandlung des Morbus Basedowii.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

Ungefähr gleichzeitig wie Ballet und Enriquez, aber, wie nachgewiesen wird, bereits 3 Jahre vor Burghart und Blumenthal, hat L. bei einigen Pat. mit Basedow'scher Krankheit Versuche mit der Milch thyreoidektomierter Ziegen gemacht und mit den später über den Erfolg berichtenden Ärzten den Eindruck erhalten, daß mit dieser Behandlung sehr Gutes erreicht worden sei. L. verhehlt sich nicht, daß die gewonnenen Erfahrungen bei dem schwankenden Symptomenbilde des Morbus Basedow auf zufälligem Zusammentreffen beruhen können; immerhin sind dieselben, da es sich zum Teil um schwere Fälle handelte, doch recht auffallende, sowohl in Bezug auf die sehr befriedigende Änderung des Allgemeinbefindens und der Beschwerden der Kranken, als auch hinsichtlich der Rückbildung des Kropfes und des Exophthalmus etc. Die Besserung dauerte auch nach Aussetzen der Milchkur fort.

Kramer (Glogau).

---

9) H. Starck. Beiträge zur Sondierung der Speiseröhre. (Aus der Heidelberger medizinischen Klinik).

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

Die von S. früher empfohlene Divertikelsonde hat sich ihm für die Diagnose verschiedenster Speiseröhrenerkrankungen gegenüber der geraden Sonde außerordentlich bewährt, da ihr abgebogenes unteres Ende die Wandung des Speiserohres nach allen Richtungen hin abzutasten vermag und so jede leichte Vorbuchtung, jede Falte, jede Tasche, jede Unregelmäßigkeit der Wandung, die Lage wandständiger Geschwülste, die Längenausdehnung solcher, sowie Stenosen sicher erkannt werden kann. Auch für therapeutische Zwecke erwies sich die Sonde als abgebogene Hohlsonde zur Sondenernährung angewandt, ferner zur Dilatation von Verengerungen als vorteilhaft. Ein für die Praxis geeignetes handliches Instrument mit 10 verschiedenen, geraden und gebogenen Ansätzen wird von Dröll in Heidelberg geliefert; dasselbe ist in der Arbeit abgebildet.

Kramer (Glogau).

---

10) L. Harmer. Zur Pathologie der sog. Knochenblasen der mittleren Muschel.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XIII. p. 163.)

H. unterscheidet zwei Arten von Knochenblasen an der mittleren Muschel: 1) die mit Eiter gefüllten, entzündlichen, die selteneren, 2) die mit Luft oder wenig Schleim gefüllten, häufigeren. Von ersteren beschreibt er 3, von den letzteren 14 Fälle und gibt die Resultate der mikroskopischen Untersuchungen mit recht guten Abbildungen.

Die häufigeren, nicht entzündlichen, die eigentlichen Knochenblasen haben im Innern Schleimhautauskleidung mit spärlichem Drüsen und Flimmerepithel, die der Auskleidung der Nebenhöhlen ähnlich ist. Ihre Entstehung ist nicht auf entzündliche Reize zurückzuführen, sondern sie sind als kongenital angelegte Bildungsanomalien der mittleren Muschel aufzufassen. Sie bleiben stationär und lassen keinerlei Wachstumsvorgänge erkennen. Anders die selteneren mit Eiter gefüllten Knochenblasen: bei ihnen lassen sich deutliche Entzündungsvorgänge besonders an der inneren Wand nachweisen, es findet hier eine eitrige Sekretion und Verschluß des Ausführungsganges statt. Dadurch kann die Knochenblase einen bedeutenden Umfang erreichen und sehr schnell wachsen.

Manasse (Straßburg i/E.).

Kleinere Mitteilungen.

11) Congrès Français de Chirurgie.

XV. session, tenue à Paris du 20. au 25. Octobre 1902.

(Revue de chir. Jahrg. XXII. Nr. 11.)

F. Terrier et E. Reymond: Chirurgie du coeur et du péricarde.

Seit der kurzen Zeit ihrer Entstehung hat die Chirurgie des Herzens eine ungeahnte, methodische Entwicklung erlangt. Die Zahl der mitgeteilten Operationen ist auf 51 angewachsen und weist 19 Erfolge auf.

Die hauptsächlichste Indikation für die Freilegung des Herzens wird durch Verletzungen desselben und die damit verbundene Blutung gegeben. Reff. treten für ein aktives Vorgehen selbst in den Fällen ein, wo die Diagnose der Verletzung noch zweifelhaft ist.

Der Eingriff hat den Charakter der Dringlichkeit; trotzdem verlangt er äußerst peinliche Durchführung; wesentlich ist eine Schnittführung, die freien Zugang und ausreichend Licht gibt. Eine große Reihe von Lappenbildungen — denn nur solche genügen den Forderungen — sind angegeben, mit oberer, unterer, rechts seitlicher und links seitlicher Basis; gegebenen Falls können auch Kombinationen erforderlich sein, was von der Stelle und Richtung der Wunde abhängen wird. Reff. halten den Fontan'schen Lappen mit äußerer Basis für den besten.

In den bisher veröffentlichten Fällen war 14mal der linke, 18mal der rechte Ventrikel, 1mal das linke, 2mal das rechte Herzohr, 6mal die Herzspitze, 1mal die Koronararterie verletzt.

Die Herzmuskelwunde macht man sich zugänglich sei es durch Anhaken mit der Kugelzange — die ausreißen kann —, anderen Zangenmodellen, bezw. durch Unterschieben der linken Hand unter das freigelegte Herz. Die Blutstillung und Nahtanlegung gelingt auf diese Art am leichtesten. Am Herzohr kann wohl auch die Wunde als Zipfelchen hochgezogen und abgebunden werden. Als Nahtmaterial kann ebensowohl Katgut wie Seide verwendet werden.

Es empfiehlt sich, Perikard und Pleura gesondert zu drainieren, wenn man nicht vorzieht, ganz zu schließen — was fünfmal mit Erfolg geschah.

Die Operation soll unter Chloroformnarkose ausgeführt werden.

An speziellen Indikationen ist noch aufzuführen:

Fremdkörper; Nadeln können völlig ins Herz eindringen, ohne schädlich zu werden; ragt jedoch nur ein Teil der Spitze durchs Perikard, während der Schaft in der Brustwand festsitzt, so entstehen gefährliche Rißwunden des Herzens, welche die Freilegung erheischen.

Dringt Luft in das Herz ein — z. B. bei Venenverletzung —, so könnte man nach Bégouin dieselbe durch Aspiration zu entfernen suchen.

Was endlich die Herzmassage zur Bekämpfung des Chloroformtodes betrifft, so ist vorläufig ein Urteil über die Zulässigkeit derselben nicht möglich. Der Vorschlag von Mauclaire, durchs Zwerchfell auf das Herz einzugehen, verdient jedenfalls Beachtung, besonders wenn das Unglück während einer Laparotomie eintritt.

Diskussion: Fontan (Toulon) vervollständigt zunächst seine Mitteilung über den zweiten durch Herznaht vom nahen Tode geretteten Kranken, daß er 5 Monate später an Hirnembolie zugrunde ging. Der Nahtstelle im Herzen saß ein Gerinnsel mit brüchiger Spitze auf, und ein Bröckelchen derselben hat wohl den Thrombus abgegeben. — Sodann hebt F. hervor, daß man oft trotz unsicherer Diagnose wird operieren müssen; endlich betont er die Notwendigkeit großer Kochsalzinfusionen während der Operation.

Gallet (Brüssel) hat sich in praxi und an Hundeexperimenten von der Nutzlosigkeit der Herzmassage überzeugen können; eine »künstliche Circulation« komme nicht zustande. Wo man Hunde wiederbelebt habe, sei das Herz nicht völlig gelähmt gewesen.

Tuffier (Paris) behauptet, daß ihm innerhalb 10 Minuten die Wiederbelebung von Hunden bei allen Zeichen des Todes geglückt sei. Jenseits dieser Frist gelingt sie nicht mehr.

Vidal (Perigneux) sah Erfolg von venösem Aderlaß (14mal bei 20 Versuchen). Hingegen konnte er feststellen, daß die Kontraktionen bei Massage gerade eben Klappenspannung erzeugen konnten, daß hingegen darüber hinaus Venen- und Arteriendruck bei manometrischer Messung die gleichen blieben, somit alle Vorbedingungungen für die Wiederherstellung eines Kreislaufes fehlten.

Reÿmond wendet sich gegen Fontan, welchem die Indikationsstellung der Reff. nicht genügt, und der es für unnötig gehalten hatte, auch bei höherem Sitze der Herzwunde die 6. Rippe in den Lappen einzunehmen. Auf das erste sei zu erwidern, daß sie bei sichergestellter Verletzung des Herzens die Freilegung für angezeigt erachten; in zweifelhaften Fällen müsse die Breite des Lappens die völlige Klärung der Verhältnisse ermöglichen; es empfehle sich dabei die Resektion der 6. Rippe besonders zur Aufsuchung der Umschlagsfalte der Pleura, deren Beziehungen zum M. triangularis sowie zu einigen Fettläppchen von Delorme und Mignon beleuchtet seien.

Villar (Bordeaux) stellt eine Reihe von Lehrsätzen auf, die er bei Versuchen am Hunde gefunden hat; die wichtigsten sind: Die Freilegung des Herzens vom Diaphragma aus genügt nur wenigen Indikationen. Ein thorakaler Lappen muß leicht und sicher zu bilden sein, Zugang zur Wunde und Naht bequem gestatten und darf dem Operateur nicht hinderlich sein. Der vergrößerte Fontan'sche Lappen entspricht dieser Forderung am besten. Hat man oder war die Pleura verletzt, soll sie, wenn möglich, zuerst behandelt und geschlossen werden: Das Herz lagert man sich am besten auf die linke Hand. Zur Naht eignet sich Seide wie Katgut in fortlaufender Naht; die Stichkanäle dürfen nicht bis in die Herzlichtung reichen. Drainage des Perikards ist nicht zu empfehlen, ebenso nicht die Kochsalzinfusion während der Operation; rationeller sei Tracheotomie und Aufblasung der kollabierten Lunge.

J. L. Faure (Paris) berichtet von einem Falle tuberkulöser Perikarditis, welcher zweimal nach Inzision drainiert wurde (ca. 800 g Erguß). Über einen Monat lang funktionierte das Herz gut bei breiter Kommunikation des Herzbeutels mit der Außenwelt, von stinkendem Eiter umspült. Von erstaunlichem Einflusse auf die hochgradig unregelmäßige Herztätigkeit war besonders die erste Entlastung durch Perikardotomie.

Savariaud (Paris) hat ebenfalls beobachtet, wie bei einer Synkope während der Herznaht die schnelle Entleerung des Hämoperikards die Herztätigkeit wieder hob. Der Verletzte erlag einer Septhämie.

Mauclaire (Paris) hatte eine Verletzung der Art. pulmonalis nahe am Bulbus zu nähen Gelegenheit; doch erlag der Kranke nach 24 Stunden. M. beschuldigt die massiven Kochsalzinfusionen, zur Kongestionierung der rechten Lunge beigetragen zu haben, was im Vereine mit linksseitigem Pneumothorax den Tod herbeiführte. Er empfiehlt die Lappenbildung Fontan's, glaubt jedoch, daß seine Methode, durch das Zwerchfell auf das Herz vorzudringen, als Explorativoperation in diagnostisch schwierigen Fällen Gutes zu leisten berufen sei.

Bégouin (Bordeaux) führt aus, daß bei ruhigen Narkosen die Luftaspirationen durch Venenverletzung im allgemeinen seltener zu tödlichem Ausgange führten. Die eingesogene Luft wirke mechanisch, zum Teil durch Überdehnung des rechten Vorhofes. An Hunden habe er sich von der Wirksamkeit der direkten Aspiration durch Nadelpunktion überzeugen können. Gegenüber Faure, welcher meint, daß die eindringenden Luftmengen meist unerheblich, die Störungen oft gar nicht zu bemerken und auch in ernsteren Fällen noch vorübergehend seien, betont B., daß hauptsächlich die Plötzlichkeit, mit welcher das Ereignis eintrete, maßgebend für die Schwere sei.

Vallas (Lyon): Traitement du tétanos.

Das Ideal der Tetanusbekämpfung wäre, frühzeitig die Tetanusgefahr einer Verletzung zu erkennen und hier die prophylaktische Serumtherapie einzuschlagen; sie leiste zweifellos die beste Gewähr. Buchtige, mit Erde besudelte Quetschwunden sollen mit subkutaner, präventiver Seruminjektion behandelt werden.

Für die Behandlung des floriden Tetanus mittels Serum zieht V. aus der Statistik über 373 Fälle folgende Schlüsse:

Bei Tetanus mit noch nicht 10tägiger Inkubation leistet die Serumtherapie sehr wenig, dagegen kann sie erfolgreich wirken bei Tetanus mit längerer Inkubationsdauer und sich hinziehendem Verlaufe. Starben früher 70% der vom Starrkrampfe Befallenenen, so erliegen bei akutem Verlaufe 57%, bei langsamem etwa 20%. Immer noch am traurigsten sind unsere Erfolge bei neugeborenen Kindern (von 15 Fällen 11 gestorben) und bei Entbundenen (15 Fälle mit 12mal tödlichem Ausgange). — Ob intravenöse Injektion daran etwas bessern wird, läßt sich nach dem geringen vorliegenden Materiale nicht sagen. — Absolut verwerflich sei die intracerebrale Injektion des Serums, welche die Individuen der Gefahr von Hirnblutungen und -Abszessen aussetze. Auch die Erfolge der Einverleibung des Serums in den Duralraum des Rückenmarkes sind kläglich.

Chloral und Karbolsäure sollen die Serumtherapie unterstützen; auch sorge man für gründliche Reinigung der Wunden, worauf jedoch die chirurgische Behandlung beschränkt bleiben möge.

Diskussion: J. L. Championnière (Paris) meint, daß die Beurteilung der bisher mit Serumtherapie erreichten Resultate schwierig sei und verschieden ausfalle je nach Sitz der Verletzungen und Heimat der Erkrankten. Von zwei intracerebral Behandelten ist einer geheilt. Doch ist C. ein überzeugter Verteidiger der prophylaktischen Seruminjektionen auf Grund seiner Erfahrungen bei einer Hausepidemie.

Bazy (Paris) hat an seiner 1896 mit vielem Mißtrauen aufgenommenen Gepflogenheit festgehalten: Jeder Verletzte, der mit beschmutzter Wunde eintritt, erhält seine prophylaktische Einspritzung.

Girard (Bern) kann zwar die von Vallas angeführten Unfälle bei intracerebraler Einverleibung des Serums nicht leugnen, behauptet jedoch, daß die Erfolge günstiger seien und berichtet einen sehr suggestiven Fall. Das Baccellische Verfahren mit Parachlorphenol hat in einem Falle versagt.

Guinard (Paris) hat ebenfalls die prophylaktische Injektion durchgeführt und seit 9 Jahren nur einen Fall von Wundstarrkrampf gesehen, und zwar bei einem Verletzten, der keine Spritze erhalten hatte.

Mannoury (Chartres). Seine Erfahrungen sind: Von 1878—1899 endeten sämtliche 30 beobachteten Fälle tödlich, zwei darauffolgende heilten durch intracerebrale Injektion, zwei weitere starben. Ein Kranker starb trotz prophylak-

tischer Einspritzung — vielleicht war das Serum nicht ausreichend. Die intracerebrale Injektion zu verwerfen, ist verfrüht.

Borette (Caen): 1) Die interne Behandlung genügt nur für leichte Fälle von Tetanus. 2) Die subkutanen Seruminjektionen stellen eine wirksame Behandlungsweise dar. 3) Tritt der Starrkrampf trotzdem heftig auf, greife man zu intrakraniellen Einspritzungen.

Reynier (Paris) ist nicht so überzeugt von der Wirksamkeit der prophylaktischen Seruminjektionen und berichtet von einem Mißerfolge (Auftreten des Tetanus nach 14 Tagen). In drei Fällen glückte ihm die subkutane Serumdarreichung mit gleichzeitigen Einspritzungen von 20—22 g Chloral pro die.

Villar (Bordeaux), Anhänger der prophylaktischen Methode, hat sowohl bei Morphium-Chloralbehandlung wie intracerebraler Injektion seine Kranken verloren.

Schwartz (Paris) bekennt sich auf Grund seiner Erfahrungen im Spital Cochin, wo Tetanus vor Einführung der prophylaktischen Seruminjektionen endemisch war, als Anhänger derselben. In 300 Fällen hat er nie nachteilige Folgen gesehen.

Reboul (Nîmes) hat vor Einführung der Serumbehandlung des Tetanus sämtliche damit behaftete Kranke verloren. Seither wendet er neben lokaler Desinfektion jeder verdächtigen Wunde die prophylaktische Injektion an. Während er vor 1897 fast jedes Jahr vier bis fünf Kranke an Starrkrampf verlor, hat er seither nur zwei Fälle mit rapidem Verlaufe gesehen und eingebüßt.

Tailhefer (Béziers) hat einen Kranken während der intraduralen Lumbalinjektion von 5 ccm Serum antitetanic. verloren.

Tavel (Bern) unterscheidet einen Tetanus splanchnicus und medullaris; ersterer wird durch Serumbehandlung nicht beeinflußt. Da einerseits die Erkrankung von der Eingangspforte nach dem Zentrum sich bewegt, andererseits die Medulla oblongata als Ausgangspunkt der toxischen Erscheinungen zu betrachten ist, schlägt T. folgenden Behandlungsmodus vor:

1) Injektion von 10 oder je 10 ccm Serum in einen oder beide Hirnventrikel, um so bald als möglich die Medulla oblongata zu immunisieren; 2) intravenöse Injektion von ca. 50 ccm Serum zur Paralysierung des kreisenden Virus. Auf diese Weise hat er von vier Fällen drei gerettet.

Blanquinque (Laon) legt besonderen Wert auf hohe Dosen des Serums: 100 ccm täglich, später weniger; dieses Verfahren hat sich in 3 Fällen bewährt.

Delangre (Tournai): **Recherches experimentales sur l'inclusion prothétique de la paraffine.**

Das früher viel benutzte Vaselin mit einem Schmelzpunkt von 38—40° diffundiert zu leicht über die gewünschten Grenzen hinaus und verfällt der Resorption. Zu dauerhaften Prothesen eignet sich nur Paraffin mit einem Schmelzpunkte von 55°. Schädigung der Gewebe, welche Temperaturen bis 60° vertragen, hat man nicht zu befürchten. D. benutzt Spritzen mit schlecht leitender, sterilisierbarer Hülse.

J. L. Championnière (Paris): **Sur le mode de préparation d'un catgut souple, solide, bien résorbable et ne donnant jamais d'élimination.**

Das Katgut wird zuerst mehrere Tage in 5%iges Karbolöl, dem etwas Wasser zugesetzt ist, eingelegt, in Terpentinöl entfettet und zum Gebrauche in 2%iges Karbolwasser gebracht. Obgleich C. meist ziemlich starke Nummern, oft in großer Menge, verwendet, hat er nie Elimination oder Eiterung beobachtet, die durch Katgut allein verursacht gewesen sei. Freilich ist er auch sonst dem Lister-schen Verfahren der Antisepsis treu geblieben, und wenn andere Chirurgen mit ihren noch so gut sterilisierten Katgutarten nicht zufrieden sind, mögen sie ihre Asepsis dafür verantwortlich machen. Die Keimlosigkeit seines Katgut experimentell zu prüfen, hielt er für unnötig.

Gauthier (Luxeuil): Sur l'emploi du fil d'argent cablé pour les sutures, et des feuilles d'argent laminé pour les pansements.

Matte Silberfäden empfehlen sich wegen ihrer Biegsamkeit und leichten Sterilisierbarkeit zum Ersatze der Seide; dünne Silberplättchen werden vorteilhaft im Verbande verwendet auf schlaffen Granulationen, Transplantationen, ekzematösen Reizungen in der Umgebung sezernierender Wunden.

Chaput (Paris): Les agrafes rondes pour l'intestin et les ligatures metalliques de Michel.

C. rühmt die große Schnelligkeit ihrer Hantierung und verwendet vor allem die Agraffen bei Eingeweidenähten, Stumpfversorgungen und Befestigung derber Gewebe, weil das Bauchfell sie vorzüglich verträgt. Das Gleiche gilt von den Metall-Ligaturen. Bei Operationen an den Extremitäten mögen sie nur dann benutzt werden, wenn die Wunde offen bleibt.

Michaux (Paris) bestätigt wohl das letztere, hat jedoch in 12 Fällen von Amputation sich davon überzeugt, daß auch hier die Gewebe den Metall-Ligaturen gegenüber sich äußerst tolerant beweisen.

Morestin (Paris): 1) Les grands décollements en chirurgie.

2) Les incisions dissimulées.

Ad 1) ist besonders die dünne, verschiebliche Haut des Halses, der Brust, des Bauches geeignet zur Deckung großer Defekte durch Autoplasie, und man ist imstande, außerordentlich weitgehende Unterminierung und Mobilisierung dabei zu wagen.

Ad 2) sind natürliche Falten, behaarte Stellen nach Möglichkeit überall da für Einschnitte zu bevorzugen, wo man entstellende Narben vermeiden möchte und es sich mit dem Ziele der betreffenden Operation verträgt.

Martin (Lyon): Sur le traitement des cicatrices vicieuses par les tractions et pressions continués.

Der elastische Zug, welcher anzuwenden ist, wirkt durch seine Dauer, ohne starke Zerrung und Zerreißungen, die sogar vermieden werden müssen. Zur Bestätigung dessen zeigt M. Gipsabdrücke von Narbendeformität einer Hand, die lediglich in dieser Weise geheilt wurde.

Poncet (Lyon): Botryomycose humaine.

P. und Delore haben zwei Fälle dieser himbeerförmigen Geschwülste beobachtet an Lippe und Hand. P. zweifelt an der Spezifizität des beschriebenen Erregers und ist geneigt zu glauben, daß es sich um eine Varietät des Staphylokokkus aureus handelt.

Savairaud (Paris) hat immer in den oberflächlichen Schichten dieser Geschwülste verschiedenerlei Eitererreger gefunden.

Julliard (Genf). L'éther en anesthésie générale.

Seine Erfahrung basiert auf 9289 Äthernarkosen, ohne daß er öfter als dreimal genötigt gewesen wäre, künstliche Atmung zu machen. Die Bronchopneumonien, die man dem Äther zur Last legt, haben andere Ursachen und vermindern sich, seit man Abkühlung der Kranken vermeidet und heizbare Operationstische benutzt. Man soll den Äther nicht zu massig, sondern mäßig geben. Bei Erkrankung der Luftwege ist er freilich kontraindiziert.

Monprofit (Angers) ist nach 500 Äthernarkosen zum Chloroform zurückgekehrt. Will man eine sichere Chloroformnarkose haben, so muß man sich an den gleichen Narkotiseur halten. Mit Dr. Royer hat M. 5000 Chloroformnarkosen ausgeführt mit einem Todesfalle gleich in der ersten Zeit; seither ist keine Störung mehr vorgekommen.

Villar (Bordeaux) verfügt über 4050 Äthernarkosen ohne Todesfall. Wollte er zum Chloroform zurückkehren, so wurde er durch die beunruhigenden Zufälle wieder davon abgebracht; vielleicht war die geringe Übung der Assistenten im Chloroformieren daran schuld.

Roux (Lausanne) ist überzeugt, daß man die pulmonalen Kongestionen wird vermeiden lernen, wenn man sich nur daran gewöhnt, den Äther nicht im Über-

schusse zu geben, sondern mit der gleichen Vor- und Umsicht wie das Chloroform, dessen Gefahren man fürchtet.

Henry Reynès (Marseille) empfiehlt warm das Billroth'sche Gemisch: Chloroform 2, Alcohol. absol., Aether āā 1, sowohl in Fällen, wo das Chloroform kontraindiziert wäre — Schwäche, Herzleiden —, als auch bei Lungenleidenden, wo Äther allein nicht angängig ist.

Reboul (Nîmes) tritt für die Chloräthylnarkose ein, die er bisher 500mal ausführte. Vorteile: schneller Eintritt einer völligen Anästhesie, die mit 25 ccm Verbrauch während etwa $1/2$ Stunde erhalten werden kann, angenehmes Erwachen. Für länger dauernde Operationen geht man vom Chloräthyl zum Chloroform über.

Thiérry (Paris) rät, bei nahem Chloroformtode — kenntlich an weiter Pupille — die Tracheotomie auszuführen und mittels Drains Luft einzublasen. Vielleicht kann die Eröffnung der Trachea durch Intubation vermieden werden.

(Fortsetzung folgt.)

---

12) O. Lange. Über die Anwendung des »Adrenalin« als Hämostatikum in Fällen verzweifelter Blutung. (Aus dem städtischen Krankenhause zu Baden-Baden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 2.)

L. hat von der Anwendung der Solutio Adrenal. hydrochlor. in mehreren Fällen von schwerer, durch andere Mittel nicht stillbarer Blutung sofortigen und andauernden Erfolg gesehen. In den Fällen von äußerer Blutung wurden mit verdünnter Lösung (zu gleichen Teilen mit physiologischer Kochsalzlösung vermischt) Gazestücke getränkt, die Wunde damit ausgetupft und tamponiert, neben dem Stillstand der Blutung, auch eine wesentliche Verringerung der Wundabsonderung beobachtet; der erste Pat. war ein »Bluter«. Auch innerlich kam das Mittel — zweimal 30 Tropfen innerhalb 2 Stunden — bei Hämoptoe und Hämatemesis mit rascher Wirkung zur Anwendung. **Kramer** (Glogau).

13) P. Clairmont. Zur Tuberkulose der Schilddrüse (Struma tuberculosa.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

Es handelt sich um ein 2jähriges, sonst gesundes Kind, bei welchem sich im Verlaufe von 2—3 Wochen eine rasch wachsende Geschwulst in der Gegend der Schilddrüse entwickelte. Wegen zunehmender Atembeschwerden führte dieselbe zu einem operativen Eingriffe, der in der v. Eiselsberg'schen Klinik vorgenommen wurde. Es fand sich eine Geschwulst, die in ihrer Lage der Schilddrüse entsprach, mit den oberflächlichen, graugelb verfärbten Muskeln verwachsen war und in ihrem Innern vielfach verkäste Herde darbot. Sie wurde anscheinend im Gesunden durch Exzision und Exkochleation entfernt. Die histologische Untersuchung ergab tuberkulöses Granulationsgewebe. Nach einem halben Jahre war neben der noch immer bestehenden Fistel ein Rezidiv in Form einer kleinapfelgroßen, derben Geschwulst aufgetreten. Bei der zweiten Operation wurde dieselbe, die mit der Luftröhre innig verwachsen war und auf die Seitenlappen der Schilddrüse übergriff, exstirpiert. Sie erwies sich ebenfalls als tuberkulöses Granulationsgewebe.

Die interessante Frage, ob es sich hier um eine primäre oder sekundäre Schilddrüsentuberkulose gehandelt habe, muß offen bleiben, wenn auch klinisch eine anderweitige Lokalisation der Tuberkulose bei dem Kinde nicht nachgewiesen werden konnte.

Nach den vier bisher in der Literatur niedergelegten analogen Fällen, denen der eben beschriebene sich als fünfter anreiht, muß betont werden, daß vorläufig das Vorkommen einer primären Schilddrüsentuberkulose nicht erwiesen ist.

Hübener (Dresden).

14) **M. Hirsch.** Karzinom der Schilddrüse.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 46.)

19jähriger Pat. mit mannsfaustgroßer Schilddrüsengeschwulst wird in der v. Mosetig-Moorhof'schen Abteilung operiert, anscheinend radikal, da die Geschwulst noch nirgends die Kapsel durchbrochen hatte, sich überall bis auf eine kleine Stelle am Schildknorpel stumpf ablösen ließ.

14 Tage nach der ersten Operation war bereits ein apfelgroßes Rezidiv an der betreffenden Schildknorpelstelle entstanden, wenige Tage später auch auf der anderen Seite. Rapide Zunahme. Tracheotomie gelingt nicht, da die Luftröhre nicht gefunden wird. Pat. geht unter Suffokationserscheinungen zugrunde. Die Sektion zeigte, daß die Luftröhre von papierweicher Beschaffenheit war und als flaches, nicht tastbares Band an der Hinterfläche der Geschwulst lag.

Hübener (Dresden).

15) **Funkenstein.** Über Osteochondrosarkome der Thyreoidea.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXI. p. 34.)

Es werden hier zwei knochen- und knorpelbildende Sarkome der Schilddrüse beschrieben, sehr seltene Geschwülste, von welchen Verf. in der Literatur nur noch drei einwandsfreie Fälle auffinden konnte. Es handelte sich beide Male um alte Individuen mit schnell wachsenden Geschwülsten, die Atemnot und Schluckbeschwerden verursachten. Beide wurden operiert, der erste starb. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich in den kropfig entarteten Schilddrüsen sarkomatöse, spindelzellige Neubildungen, welche neben fibrillärer und hyaliner Intercellularsubstanz sowohl Knorpel als Knochen enthielten. Bei dem ersten Pat. waren gleichartige Metastasen in den Lungen und reine sarkomatöse in einer Nebenniere vorhanden. **Fertig** (Göttingen).

16) **Gierke.** Über Knochentumoren mit Schilddrüsenbau.

(Virchow's Archiv Bd. CLXX. p. 464.)

Verf. berichtet über einen 57jährigen Mann, der nach dem klinischen Verlauf an einer Myelitis transversa dorsalis ohne bekannte Ätiologie und ohne nachweisbare Veränderungen an der Wirbelsäule gelitten hatte. Bei der Sektion fand sich eine Geschwulst, welche den 5. und 6. Brustwirbel vollkommen zerstört und, in den Wirbelkanal hineingewuchert, das Rückenmark komprimiert hatte. Histologisch bot sie völlig das Bild einer Struma colloides, die an den Stellen des stärksten Wachstums wie eine wuchernde Struma aussah, ohne irgendwie in ihrer histologischen Struktur deutliche Bösartigkeit zu verraten. Die sorgfältig untersuchte, nicht vergrößerte Schilddrüse zeigte mäßige Wucherungsvorgänge und einen kleinen Adenomknoten, Befunde, die irgend einen Verdacht auf Bösartigkeit nicht zu erwecken vermochten. Weder in den regionären Lymphdrüsen, noch in den Lungen waren Metastasen vorhanden, so daß auch auf Grund dieser Tatsache es unwahrscheinlich war, daß von der Schilddrüse bösartige Keime in den Körperkreislauf geraten waren. Vielmehr erscheint es dem Verf. am wahrscheinlichsten, daß von dem Blutstrom verschleppte Schilddrüsenzellen erst in dem Knochen die Fähigkeit erlangten, die bösartige Geschwulst zu bilden.

Fertig (Göttingen).

17) **F. Hofmeister.** Über Auswanderung verschluckter Fremdkörper aus der Speiseröhre durch Perforation der Wand und deren operative Entfernung.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1903. Februar 7.)

Dem 46jährigen Pat. war ein kleiner Knochen in der Speiseröhre stecken geblieben. Starke Schluckbeschwerden, stechende Schmerzen rechts neben und unter dem Ringknorpel, ebendaselbst Druckschmerzhaftigkeit, keine deutliche Infiltration der tiefen Weichteile, Röntgenbefund negativ. Operation vier Tage

nach der Verletzung. Schnitt am vorderen Rande des rechten Kopfnickers, zunächst Exstirpation des in seiner oberen Hälfte auffallend fixierten und derben Schilddrüsenlappens, der an der Rückfläche am oberen Pole mit der Umgebung verlötet ist. Nach Lösung dieser Verwachsungen gelangt man in eine kleine, längliche Abszeßhöhle, aus der ein 3 cm langer, am einen Ende spitzer Knochensplitter entfernt wird. Der Abszeß liegt zum Teil zwischen Außenfläche des Schildknorpels und Schilddrüse, zum Teil hinter dem Kehlkopfe; eine Verbindung mit der Speiseröhre ist nicht nachweisbar. Tamponade, Schlundsondenernährung. 5 Tage später erscheint beim Versuche, Wein zu trinken, ein Teil desselben in der Wunde; die Fistel heilt aber in einigen Wochen spontan aus.

Von 25 Literaturfällen, bei denen ein aus der Speiseröhre ausgewanderter Fremdkörper operativ entfernt wurde, endeten 6 tödlich, 19 mit Heilung. Die Sterblichkeit ist also bedeutend geringer, wenn die Fremdkörper ausgewandert sind, als bei der Ulceration und Perforation der Speiseröhre bei eingekeilten Fremdkörpern. Die Erklärung liegt darin, daß es sich bei ganz ausgewanderten Fremdkörpern gewöhnlich um schlanke, spitze Körper handelt, welche die Speiseröhrenwand primär durchstechen, und nach deren Durchtritt die Ränder der kleinen Stichwunde sich wieder zusammenlegen; es braucht daher kein Speiseröhreninhalt nachzudrängen. Bei den günstig verlaufenen Fällen ist daher auch eine Verwundung der Speiseröhre zur Zeit der Operation gewöhnlich nicht mehr nachzuweisen. Die Aufschiebung des operativen Eingriffes wird jedoch durch dieses Verhalten ausgetretener Fremdkörper nicht gerechtfertigt; auch bei vollkommen ausgetretenen Fremdkörpern ist der sofortige blutige Eingriff angezeigt.

Mohr (Bielefeld).

18) **M. Einhorn.** Über ein neues Ösophagoskop.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 51.)

Da man Verbrennungen befürchten mußte, konnte man bisher die Lichtquelle nicht am unteren Ende des Ösophagoskopes anbringen. Der »Electro-Surgical Instrument Co.«, Rochester-New York, ist es nun gelungen, sog. kalte Lampen herzustellen, und diese benutzend, hat E. ein Ösophagoskop anfertigen lassen, bei welchem in einer Ausbuchtung des hohlen Stahlrohres, voneinander isoliert, zwei elektrische Drähte zu einer ganz kleinen Lampe verlaufen, die etwas oberhalb der Zentralöffnung sitzt. Das Instrument wird mit Obturator im Sitzen eingeführt; es ist 30—40 cm lang, 1—1,5 cm dick. Verf. hat sein Ösophagoskop erprobt und empfiehlt es warm.

Langemak (Rostock).

19) **Brandt.** Über die Gastrostomie im Kindesalter.

Diss., Göttingen, 1902.

Verf. berichtet aus der Göttinger chirurgischen Klinik über zwei Kinder von 4 Jahren mit Laugenverätzung und folgender hochgradiger Speiseröhrenstenose, die nicht mehr sondiert werden konnte. Beide Kinder waren stark abgemagert und vermochten fast nichts mehr zu genießen. Es wurde die Gastrostomie nach Witzel ausgeführt, und bei dem einen Kinde konnten nach Verschlucken eines mit feiner Silberkugel armierten Seidenfadens durch die Sondierung ohne Ende der Speiseröhre wieder normale Verhältnisse hergestellt werden, so daß man die Magenfistel sich schließen ließ. Bei dem anderen Kinde waren alle derartigen Versuche zur Erweiterung der Speiseröhre vergeblich und es behielt seine gut funktionierende Magenfistel bis zum Tode, der 2 Jahre nach der Operation an Pneumonie erfolgte. Aus der Literatur konnte B. noch 48 Gastrostomien bei Kindern wegen narbiger Striktur des Ösophagus zusammenstellen. Einmal war diese entstanden durch Diphtherie nach Scharlach, 35mal durch Säuren oder Laugenverätzung. Unbekannt blieb die Ursache in 12 Fällen. Die Wirkung der Verätzung war meist sehr heftig, so daß noch 3—5 Wochen nur noch Flüssigkeiten die Striktur passierten. Die Sterblichkeit innerhalb der ersten Monate beträgt 14%, die des ersten Jahres 26%. Von sämtlichen Operierten wurden geheilt 46%, gebessert 8%, während die übrigen 46% im Anschluß an die Gastrostomie

oder Dilatationsbehandlung starben oder ungeheilt blieben. Die operierten Kinder befanden sich im Alter von 1—14 Jahren. **Fertig** (Göttingen).

20) **C. Reichert.** Zur Kasuistik der sogenannten blutenden Septumpolypen.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 296.)

15jähriges Mädchen mit linksseitigem Nasenbluten zeigte auf der linken Septumfläche eine kirschgroße, blaurote, leicht blutende Geschwulst, die mit der Schlinge abgetragen wurde; die Basis wurde kauterisiert. Nach der von Görke-Breslau vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung scheint es sich, wie in den meisten derartigen Fällen, um ein Angiom gehandelt zu haben.

Manasse (Straßburg i/E.).

21) **L. Wolff.** Über angeborenen knöchernen Choanalverschluß.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 293.)

Verf. berichtet über eine 53jährige Pat., die links einen totalen, rechts einen partiellen knöchernen Verschluß der Choanen zeigte. Links wurde die frontal gestellte Knochenplatte teils durch die elektromotorisch getriebene Trephine, teils durch die Hartmann'sche Zange entfernt. **Manasse** (Straßburg i/E.).

22) **S. Citelli und U. Calamida.** Beitrag zur Lehre von den Epitheliomen der Nasenschleimhaut.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 273.)

Zunächst bringen Verff. auf Grund der Literatur eine Besprechung der primären Karzinome des Naseninnern hinsichtlich der Lokalisation, Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie. Bei der Ätiologie wird der Zusammenhang von Nasenpolypen und Karzinomen sehr skeptisch behandelt. Ref. hatte im letzten Jahre Gelegenheit, einen sehr instruktiven, hierher gehörigen Fall zu behandeln. 70jähriger Mann, der seit 15 Jahren an Nasenpolypen behandelt ist, hat wieder beide Nasenhöhlen voll mit gemeinen Schleimpolypen; links kommt man nach Wegnahme von ca. 6—8 Polypen auf eine weiße, harte, vom Siebbein ausgehende Geschwulst; ein exzidiertes Stück, mikroskopisch untersucht, erwies sich als typisches Plattenepithelkarzinom; wenige Wochen später war die ganze linke Gesichtshälfte, Orbita etc. von der verjauchten Neubildung durchwachsen. Bei der Ätiologie scheint dem Ref. auch die Syphilis als ursächliches Moment von Wichtigkeit, wie der aus der Straßburger Klinik von Michaelis veröffentlichte Fall beweist. — Verff. bringen dann 8 eigene Fälle mit mikroskopischer Untersuchung und unterscheiden danach Cylinderepithelkarzinome, Plattenepithelkarzinome und gemischte Karzinome. Letztere sind die häufigsten.

Manasse (Straßburg i/E.).

23) **R. Kafemann.** Ein Fremdkörperfall des Nasenrachens.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 291.)

12jähriges Mädchen, seit dem 3. Lebensjahre Gestank aus der Nase. Vordere Nase normal; der Fremdkörper, ein Schuhknopf, saß in der Rachenmandel. Letztere wurde mit dem Fremdkörper exstirpiert. Seitdem Heilung.

Manasse (Straßburg i/E.).

24) **Garel.** Bégaiement guéri à l'occasion d'une trachéotomie dans le cours d'un cancer laryngé simulant une lésion syphilitique.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 51.)

Abgesehen von differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, bot der Fall insofern Interesse, als nach der infolge einer Kehlkopfstenose notwendig gewordenen Tracheotomie der seit Jahren bestehende Sprachfehler verschwand. Verf. citiert im Anschlusse daran einen von Jonnesco in der medizinischen Akademie zu

Bukarest vorgestellten Fall, wo bei einem ausgesprochenen Stotterer eine Schädelasymmetrie in Form von Abplattung der linken Schädelhälfte vorlag. Nach einer temporären Hemikraniektomie mit Resektion eines Teiles des Lappens und Freilegung der Dura verschwand der Sprachfehler im Verlaufe weniger Tage. Verf. erwähnt den vorliegenden Fall lediglich als angenehme Überraschung, ohne irgend welche therapeutische Konsequenzen daraus ziehen oder waghalsige Hypothesen aufstellen zu wollen. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

25) **Hauszel.** Ein kongenitaler Rachenpolyp.
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 50.)

Der interessante Fall betraf ein 19jähriges Mädchen. Der Polyp besaß die Größe eines Kleinfingerendgliedes, saß an der Plica salpingo-palatina, war verhältnismäßig wenig beweglich und reichte mit seiner Kuppe in den oralen Rachen herab. Die Oberfläche ist glatt, von dunkelroter Farbe. Konsistenz derb. Der linke hintere Gaumenbogen fehlte. Abtragung mit Schlinge und Schere.

Mikroskopisch bietet die Geschwulst den typischen Bau dermoider Geschwülste (Abbildung im Original). **Hübener** (Dresden).

26) **v. Schrötter.** Extraktion eines Fremdkörpers aus der rechten Lunge mittels direkter Bronchoskopie.
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. No. 45.)

Bei einer 35jährigen Pat. war vor $3^1/_2$ Jahren ein Teil eines in die Luftröhre eingedrungenen Fremdkörpers (Rindsknochen) mit der Pinzette entfernt worden. Bald darauf stellte sich eine Rippenfellentzündung ein, Husten und Auswurf (stets ohne Bazillen) blieb bestehen. Der Sitz der offenbar bronchiektatischen Veränderungen konnte mit Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Im Bereiche des sternalen Ansatzes der rechten fünften Rippe bestand umschriebene Dämpfung ohne Rasselgeräusche. Im Röntgenbilde stärkerer Schatten an dieser Stelle.

Der Fremdkörper, der ein etwa 8 mm langes und 5 mm dickes, braungefärbtes Knochenfragment darstellte, saß im untersten Ende des Bronchialastes für den rechten Unterlappen, bezw. auf dessen Teilungsstelle in zwei Äste dritter Ordnung und konnte schon in der ersten Sitzung gesehen und extrahiert werden. Der Eingriff wurde in sitzender Stellung ohne Narkose unter Lokalanästhesie ausgeführt.
Hübener (Dresden).

27) **C. Pohl.** Über Fremdkörper im Kehlkopfe, in der Luftröhre und in den Bronchien.
Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Die vorliegende Arbeit berichtet im Anschlusse an eine Statistik von Preobraschensky, welche den Zeitraum von 1809—1891 umfaßte, über die in den Jahren 1891—1901 veröffentlichten Fälle, soweit sie dem Verf. zugänglich waren; 312 aus der Literatur gesammelten Beobachtungen werden noch 10 der Breslauer Kliniken hinzugefügt. Das Material ist vor allem nach therapeutischen Kriterien gesichtet. So behandelt P. in einzelnen Gruppen: Geheilte und ungeheilte Fälle mit Laryngo- oder Tracheotomie, Fälle mit endolaryngealer Extraktion, mit Intubation, mit Entfernung der Fremdkörper in geneigter (invertierter) Lagerung, mit Entfernung mittels Brechmittel, sowie unbehandelte Fälle. Statistisch ist von Interesse, daß im letzten Decennium die Gesamtsterblichkeit von 36,37 auf 15,65% gesunken ist, die Heilungsziffer bei Tracheotomie ist von 50 auf 58,47%, bei endolaryngealen Eingriffen von 11,02 auf 16,07% gestiegen; die Sterblichkeit bei Fremdkörpern in den Bronchien hat sich von 55 auf 22,9% vermindert. In diesen Ziffern treten, wie Verf. mit Recht betont, die erfolgreichen Bemühungen zutage, welche Pieniazek und vor allem Killian der Ausbildung der bronchoskopischen Methode haben zuteil werden lassen. Aus der Fülle der interessanten statistischen Angaben seien nur diese wenigen hervorgehoben. Art, Sitz des Fremdkörpers, Todesursachen und andere wesentliche Faktoren werden ausführlich erörtert und ist diesbezüglich auf das Original zu verweisen.
F. Alexander (Frankfurt a/M.).



28) P. Vergely. Épithélioma tubulé de l'épiglotte. Extirpation. Récidive très probable un an après. Ganglions indurés, infiltration considérable du cou, injections sous-cutanées de liqueur de Fowler dans la tumeur. Guérison.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 50.)

Soweit die Krankengeschichte aus der Überschrift nicht ersichtlich ist, wäre noch nachzutragen, daß beim Auftreten des Rezidivs nach der ersten Injektion von Liquor Fowleri, die wegen der Härte der Geschwulst äußerst schmerzhaft und schwierig war, der Zustand sich so verschlechterte, daß die Tracheotomie nötig wurde. Faute de mieux griff Verf. abermals zu Arseninjektionen, indem er 2 cm tief mit steigenden Dosen in das Gewebe spritzte. Der Erfolg war überraschend; nach 3 Monaten konnte die Kanüle wegbleiben, die vollkommene Heilung ist ein Jahr nachher kontrolliert.

Im Anschlusse hieran gibt Verf. einen historischen Überblick über die Bestrebungen, bösartige Geschwülste durch Arseninjektionen zu heilen, unter fast ausschließlicher Berücksichtigung der französischen Literatur; V. erwähnt eine Reihe der zur Erklärung der Heilwirkung aufgestellten Hypothesen und verbreitet sich ausführlich über die Technik der Injektionen, denen er im Vergleiche zur internen Darreichung den Vorzug gibt; event. spritzt er vorher 0,01 Cocain ein. Die vorliegende Arbeit soll das Arsen nur in Erinnerung bringen, keineswegs aber den chirurgischen Wirkungskreis für die Behandlung bösartiger Geschwülste einengen; immerhin dürfte es in verzweifelten Fällen hier und da Aussicht auf Erfolg bieten können. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

29) F. Sippel. Bericht über 100 Intubationen bei diphtheritischer Larynxstenose.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1903. Januar 1 u. 31.)

Verf. teilt aus der Olga-Heilanstalt in Stuttgart die mancherlei interessante Einzelheiten enthaltenden Krankengeschichten sämtlicher intubierter Fälle mit und berichtet über die gemachten Erfahrungen. Von 196 diphtherischen Larynxstenosen gingen 78 unter Heilserum und Dampfspray zurück, 18 wurden primär tracheotomiert, 100 intubiert, davon 82 sofort nach der Aufnahme, die übrigen in den ersten 24 Stunden. Nach mehr als 24 Stunden kam es dank dem immer injizierten Serum nie mehr zu Stenosen. Von den 100 Intubierten starben 10, darunter von 9 sekundär Tracheotomierten 4, von den Fällen reiner Intubation 6. Verhältnismäßig gute Resultate sah S. im Gegensatze zu anderen Autoren bei Kindern im ersten Lebensjahre; bei größeren Kindern bedeutet die Intubation gegenüber der Tracheotomie eine wesentliche Zeitersparnis, da oft ein kurzdauerndes Liegen der Tube genügt. Oft kommt es nur darauf an, die Atembeschwerden so lange zu beheben, bis das Serum seine Wirkung entfaltet. Bei Rachenstenose, Glottisödem, schwerer septischer Diphtherie mit Blutungen muß allerdings meist tracheotomiert werden; die Operation wird jedoch durch die vorhergehende Intubation sehr erleichtert. Von Schattenseiten des Verfahrens wurden erheblichere Schluckbeschwerden nur selten gesehen, in 5 Fällen Verstopfung der Tube, Hinabstoßen abgelöster Membranen einmal; dreimal stemmte sich das obere Ende der zur Hälfte ausgehusteten Tube an der Rachenwand an, so daß die Tube für die Luft undurchgängig wurde. Die meisten und gefährlichsten Störungen machte das in 57 Fällen beobachtete Aushusten der Tube. Fälle von Tubendekubitus wurden mehrfach beobachtet. Alle diese Komplikationen verliefen bei sofortiger sachgemäßer Behandlung ohne Todesfall. Ohne diese wäre sicher ein erheblicher Prozentsatz den Erstickungstod gestorben. Das Verfahren eignet sich daher für die Privatpraxis nur ausnahmsweise. **Mohr** (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 18. Sonnabend, den 2. Mai. **1903.**

I.

Über die Rhinosklerompolypen und über eine Experimentalmethode der Diagnostik des Rhinoskleroms.

Von

Prof. **A. D. Pawlowsky** in Kiew (Rußland).

Vor 12 Jahren habe ich in der Sektion für Chirurgie des IV. Kongresses der russischen Ärzte in Moskau, am 4. Januar 1891, über zwei seltene Fälle von Rhinosklerom, welche in der Form von Rhinosklerompolypen der Nasenhöhle erwachsen waren, berichtet. Diese Fälle sind etwas später von mir in der russischen Zeitung »Medicinskoje Obosrenije« 1891 Nr. 8 ausführlich publiziert worden.

Es handelte sich hier in beiden Fällen über ein Rhinosklerom, welches in der Form von polypösen Gewächsen bloß in der rechten

Nasenhöhle ohne irgend welche andere Veränderungen in den Hautbedeckungen und in der Form der Nase konstatiert wurde.

Nach der Operation — Öffnung der Nasenhöhle, Ausschneidung und Auskratzung der polypösen Gewächse — zeigte die mikroskopische Untersuchung die typische Struktur des Rhinoskleroms (es ließen sich die Mikulicz'schen Zellen, hyaline Körper und die Frisch-schen Kapselbakterien nachweisen).

Im November 1902 hatte ich Gelegenheit gehabt, noch einen ähnlichen Fall beobachten zu können, welchen ich hier kurz publizieren möchte.

Es handelt sich um einen 52jährigen Mann, welcher seit 5 Jahren an chronischem Schnupfen, Störungen der Respiration und Blutungen aus der linken Nasenöffnung leidet.

Die Diagnose schwankte zwischen Lues, Tuberkulose und chronischer Entzündung. Bei einer genaueren Untersuchung konnte man in der linken Nasenhöhle zwischen der unteren und mittleren Nasenmuschel ziemlich derbe, schwielenartige, polypöse Gewächse konstatieren. Die Oberfläche der Gewächse zwischen den Nasenmuscheln erwies sich von Krusten bedeckt. Der Schnupfen ruft manchmal Blutungen hervor.

Auf der Haut der Nase und der Nasenflügel, ebenso wie auch in der Form der Nase sind keine Veränderungen zu finden. Die Konturen und Hautbedeckungen der Nase erscheinen vollständig normal. In der Highmorshöhle sind gleichfalls keine Veränderungen gefunden worden.

Beim Abimpfen mit Hilfe eines Platinspatels von der Oberfläche der Gewächse erhielt ich auf Agar eine Reinkultur von Rhinosklerombazillen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der ausgeschnittenen Stückchen ließ sich die typische Struktur des Rhinoskleroms konstatieren. Die Gewebe zeigten die Struktur eines Granuloms mit großen Mikulicz'schen Zellen, Hyalinkörpern und einer großen Menge von Frisch'schen Bazillen. Außerdem verwendete ich zur sicheren Diagnose des Rhinoskleroms noch eine Methode, mit deren Hilfe nach meiner Erfahrung es möglich erscheint, sicher und schnell die Rhinoskleromdiagnose festzustellen. Ich injizierte nämlich die erhaltene Rhinosklerombazillenkultur — nach meiner Methode, welche ich schon im Jahre 1891 russisch publiziert hatte[1] — zusammen mit warmem Agar-Agar in die Bauchhöhle einiger Meerschweinchen.

Nach 24—48 Stunden sterben gewöhnlich die Tiere. Bei der bakterioskopischen Untersuchung des Exsudats aus der Peritonealhöhle ließen sich Rhinosklerombazillen mit schönen Kapseln (nach Ribbert) in großer Menge nachweisen. Aus allen inneren Organen der gestorbenen Tiere, wie Herz, Blut, Leber, Milz, Nieren, Knochenmark, ließen sich Reinkulturen von den genannten Bazillen züchten.

[1] Siehe »Notizen über Rhinosklerom«. Medicinskoje Obosrenije 1891. Nr. 8. p. 3 u. 4.

Es ist also möglich, mit Hilfe dieser Methode eine tödliche allgemeine Rhinosklerominfektion bei Meerschweinchen hervorzurufen. Man kann dabei noch einmal den raschen Übergang der Rhinosklerombazillen aus der Peritonealhöhle in alle Eingeweide und Gewebe des Körpers beobachten und also darin wieder einmal eine neue Bestätigung meiner Beobachtungen über den raschen Übergang der pathogenen Mikroorganismen von der Stelle der Infektion in verschiedene andere Organe und Gewebe sehen (s. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXIII, 1900, p. 261).

Dieser Übergang der Mikroorganismen ist aber hier Nebensache. An einer anderen Stelle werde ich hoffentlich bald Gelegenheit haben, noch über dieses wichtige Thema zu sprechen. In diesem Falle ist die Hauptsache aber die, daß diese Experimentalmethode zur Feststellung der Diagnose des Rhinoskleroms von großer Bedeutung ist. In den letzten 2 Jahren habe ich noch in 6 Fällen Gelegenheit gehabt, diese meine Methode immer mit positivem Resultate anwenden zu können.

Die Bazillen der Ozaena, welche, wie bekannt, den Rhinosklerombazillen sehr ähnlich sehen, ebenso auch andere Kapselbazillen (die Friedländer'schen etc.), rufen bei der Intraperitonealeinspritzung mit Agar-Agar bei Meerschweinchen keine tödliche Infektion hervor.

Dieses ist der dritte von mir publizierte Fall von Rhinosklerompolypen, aus dem man ersieht, daß das Rhinosklerom primär in der Form von Nasenpolypen oder Nasengewächsen ohne irgend welche andere Veränderungen in den Hautbedeckungen der Nase, Lippen oder in der Mundhöhle existieren kann. Diese Form des Rhinoskleroms gehört also zu den seltensten Formen desselben.

Mit Hilfe der histologischen und bakteriologischen Untersuchungen und der soeben beschriebenen experimentellen Methode, d. h. Einspritzung der erhaltenen Kulturen zusammen mit Agar-Agar in die Bauchhöhle von Meerschweinchen ist es möglich, selbst in den schwierigsten und unklarsten Fällen die Diagnose des Rhinoskleroms sicher festzustellen.

II.

(Aus der II. chirurgischen Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien. Vorstand: Hofrat Prof. v. Mosetig-Moorhof.)

Zur Technik der Infiltrationsanästhesie. Eine selbstwirkende Injektionsspritze[1].

Von

Dr. Siegfried Spiegel,

dz. Operationszögling der Klinik Hofrat Schauta.

Seitdem im Jahre 1894 Schleich auf dem deutschen Chirurgenkongreß seine Methode der Infiltrationsanästhesie demonstriert hat

---

[1] Demonstriert in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

trat dieselbe ihren Eroberungszug in der Chirurgie an, und mit Recht gilt dieses Verfahren dort als segensreich, wo die in ihren Ausgängen oft unberechenbare Narkose ersetzt werden kann oder vermieden werden muß. Nur die Technik der Infiltration ist einerseits dort, wo größere Schnitte geführt werden sollen, wegen der schwierigen Handhabung größerer Spritzen, andererseits, wo Raumbeschränktheit, wie z. B. am Halse, vorliegt, infolge schwerer Zugänglichkeit, eine umständliche und für den Arzt mühevolle geblieben.

Um diesen Übelständen abzuhelfen konstruierte ich eine selbstwirkende Injektionsspritze, deren Publizierung mir, nachdem dieselbe bereits über ein Jahr auf obiger Abteilung in ununterbrochener, beinahe täglicher Verwendung steht, empfehlenswert erscheint. Die Spritze besorgt die Injektion selbsttätig; zu ihrer Bedienung genügt eine Hand, so daß die zweite Hand für anderweitige Manipulationen freibleibt.

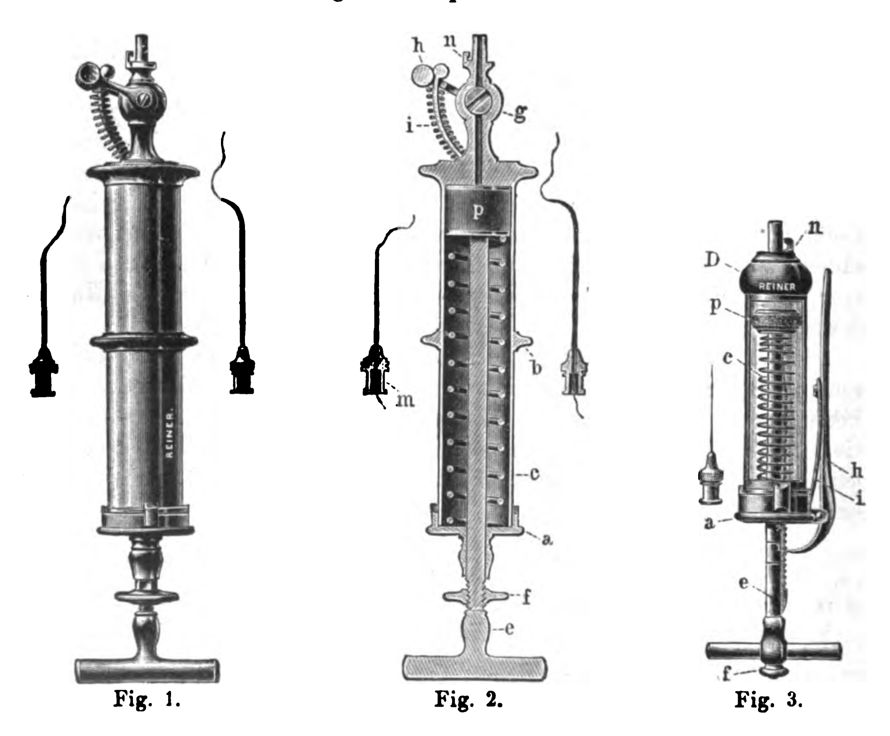


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Das Prinzip dieser Spritze beruht darauf, daß der Kolben p (Fig. 2 Längsschnitt) statt durch die Hand durch eine kräftige Spiralfeder c gegen die Ausflußöffnung gedrückt wird. Letztere ist durch einen Hahn g verschließbar, der durch eine Feder i immer in der Schließstellung gehalten wird. Dadurch wird der Austritt der Flüssigkeit aus der Spritze in nichtgebrauchtem Zustande verhindert. Die Verbindung der Kanüle mit der Spritze modifizierte ich dahin, daß am unteren Verschlußdeckel ein Haken n angebracht ist, dem an der Kanüle ein Schlitz entspricht; nach dem Aufstecken und einer leichten Drehung der Kanüle umgreift

dieser Haken einen schraubenartig aufsteigenden Reifen, wodurch eine feste und luftdichte Verbindung hergestellt ist, was bei den gewöhnlichen Kanülen nicht der Fall ist, da oft zwischen Konus und Kanüle Flüssigkeit austritt, letztere in der Haut beim Zurückziehen der Spritze stecken bleibt und andere Übelstände auftreten.

Die Spritze faßt 30 ccm, ist aus vollkommen sterilisierbarem Material angefertigt, der Kolben aus Asbest, regulierbar, Dichtungsringe und Schraubenverschlüsse sind vermieden. Die Handhabung der Spritze ist sehr einfach; durch Zug am Kolbengriff und gleichzeitige Öffnung des Hahnes wird die betreffende Flüssigkeit aspiriert und dann die Kanüle mit einer Drehung aufgesetzt; die etwa enthaltene Luft wird durch Öffnung des Hahnes entfernt. Von nun an genügt die Bedienung der Spritze mit einer Hand, indem man stets bei Gebrauch mit einem Finger dieser Hand den Hahn öffnet. Der Druck der Feder bewirkt, daß ein ca. 3 m hoher Flüssigkeitsstrahl aus der Kanüle austritt; die Kraft dieses Strahles kann durch geringere oder stärkere Öffnung des Hahnes reguliert werden.

Auf obiger Abteilung wurde die Spritze am 15. Januar 1902 in Verwendung genommen; ein Uberblick über die 894 bis zum 15. Januar 1903 an liegendem Material ausgeführten Operationen zeigt, daß hiervon 210 unter Verwendung der Spritze in Infiltrationsanästhesie, 183 mit Cocaininjektionen, 475 in Narkose und 26 ohne Anästhesie vorgenommen wurden, somit 47% von sämtlichen Operationen ohne Narkose ausgeführt wurden.

Von den unter Verwendung dieser Spritze in Lokalanästhesie (zumeist Schleich'sche Lösung Nr. II) ausgeführten Operationen sind besonders hervorzuheben: 81 Radikaloperationen nach Bassini, 14 Laparotomien (und zwar 6 Gastrostomien, 6 Gastrojejunostomien, 2 Kolostomien), 6 Exstirpationen und Plastik bei Carcinoma labii infer., 14 Herniotomien bei Incarceratio, 17 Exstirpationen von größeren Lymphomen am Halse, 15 Struma-Resektionen resp. Enukleationen, 15 Radikaloperationen bei Hydrocele testis, 5 Kastrationen, 3 Enucleationes digiti, 1 Sectio alta, 1 Amputatio penis, 1 Resectio costae, 5 größere Lipomexstirpationen, 5 Hygromexstirpationen, 3 Resektionen bei Varices cruris, 3 Varicokelen, 3 Adenoma mammae, 1 Blasenfistel, 18 kleinere Operationen, wie Inzisionen bei Phlegmonen, Abszessen, Mastitiden, Exstirpationen von Hämangiomen, kleineren Hauttumoren etc.... Bei allen erwähnten Operationen erfolgte die Infiltration stets mühelos, die Quaddelbildung ging gleichmäßig und nicht stoßweiße, wie es sonst der Fall ist, vor sich, die Anästhesie war eine vollkommene. Durch ihren größeren Fassungsraum ist die Spritze mitten während der Operation jederzeit zur neuerlichen Injektion gebrauchsfertig, ein Umstand, der besonders für den ohne Assistenz arbeitenden Arzt von Wichtigkeit

ist. Trotz bereits einjährigen Gebrauchs funktioniert die Spritze auch heute noch tadellos. Dieselbe ist auch für Seruminjektionen oder Kochsalzinfusionen zu gebrauchen. Für die Cocainanästhesie, welche auf obiger Abteilung hauptsächlich bei kleinen Operationen, wie Hämorrhoidalknoten, kleinen Hauttumoren etc. verwendet wird, konstruierte ich eine selbstwirkende Injektionsspritze von 7 ccm Inhalt (Fig. 3), welche im wesentlichen aus einem Glascylinder und einem durch eine Spiralfeder niedergedrückten Kolben besteht. Die Kolbenstange *e* ist gezähnt, in die Zähne greift eine Sperrklinke *h* ein, welche mittels der Feder *i* eingehakt erhalten wird. Nachdem Flüssigkeit aspiriert ist und die Kanüle aufgesteckt wurde, genügt ein leichter Druck auf das Ende von *h*, um die Sperre auszulösen, welche sofort wieder eintritt, wenn nach genügender Injektion der Finger den Hebel losläßt.

Die Vorteile dieser Spritzen bestehen also kurz zusammengefaßt in selbsttätiger Injektion, leichter Handhabung, tadelloser Asepsis und durch Erfahrung bestätigter Dauerhaftigkeit[2].

Herrn Hofrat Prof. v. Mosetig spreche ich für die mit dieser Spritze in liebenswürdiger Weise vorgenommenen Versuche, sowie für die Einführung derselben in die praktische Chirurgie meinen besten Dank aus.

---

1) **Rille.** Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Erste Abteilung.

Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

Das vorliegende Lehrbuch ist auf eine Aufforderung des Prof. Freiherrn v. Mering entstanden. Es sollte einen Teil des von ihm herausgegebenen Lehrbuchs der inneren Medizin bilden. Der hierfür bewilligte Raum wurde aber vom Verf. um das Vierfache überschritten, so daß sich Verf. und Verleger entschlossen, das Buch gesondert herauszugeben. Daß diese Abtrennung gemacht wurde, ist bedauerlich. Man hätte einer kurz gefaßten Darstellung der Haut- und Geschlechtskrankheiten keine bessere Empfehlung auf den Weg mitgeben können, als wenn sie in dem vortrefflichen v. Meringschen Lehrbuch erschienen wäre. Sicherlich wäre bei der großen Verbreitung, welche dieses Buch bereits jetzt hat, für die Haut- und Geschlechtskrankheiten nach mancher Richtung hin Interesse erweckt worden, gewiß nicht zum Schaden unserer Spezialität. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß sich die Lehre von den Haut- und Geschlechtskrankheiten dank der reichlichen Arbeiten in den letzten Jahrzehnten nicht mehr in so engem Rahmen darstellen läßt. Unsere Spezialität ist zu umfangreich geworden, um nur ein Anhang der inneren Medizin zu sein.

[2] Die Spritze ist durch Patentierung geschützt und ist bei H. Reiner, Instrumentenfabrik, Wien IX, van Swietengasse 10, zu haben.

Die Darstellung ist sehr präzis und klar, und überall ist die gründliche klinische Erfahrung an dem reichen Material der Wiener Schule zu erkennen. Leider ist die pathologische Anatomie kurz behandelt. Auf Einzelheiten einzugehen, fehlt mir der Raum.

In der vorliegenden I. Abteilung sind abgehandelt die Circulationsanomalien, Funktionsanomalien, Entzündungsformen (einschließlich der akuten Exantheme), die infektiösen Granulationsgeschwülste, Dermatomykosen, Hauterkrankungen durch tierische Parasiten, Hypertrophien. **Klingmüller** (Breslau).

---

2) **Monthus.** Des altérations oculaires dans le xeroderma pigmentosum.

(Ann. de dermatolog. et de syphiligr. 1902. p. 673.)

M. bespricht an der Hand zweier eigenen Beobachtungen und anderer Fälle aus der Literatur die Augenveränderungen bei Xeroderma pigmentosum, welche sehr häufig sind. Die Augenlider, die Konjunktiven, die Cornea stellen eine Lieblingslokalisation dar. An den Augenlidern findet man verschiedene Stadien: rote und Pigmentflecke, Atrophien und Geschwülste; Augenbrauen und Wimpern fallen dabei teilweise oder ganz aus. Von sekundären Störungen infolge der Lidbeteiligung können auftreten: narbige Retraktion der Haut, Ektropium, Districhiasis, Hornhautgeschwüre. Ebenso können sich spezifisch xerodermische Veränderungen auf der Konjunktiva entwickeln und zu Symblepharon führen. Die tieferen Membranen bleiben gewöhnlich frei, doch ist ein Fall von Irisatrophie bei Xeroderma beobachtet. Die Beteiligung der Augen kann in jedem Stadium der Krankheit eintreten. Die Diagnose gründet sich auf das Vorhandensein roter und pigmentierter Flecke, auf die Atrophien die Teleangiektasien und die epithelialen Neubildungen. Die Prognose ist ernst und hängt ab von der frühzeitigen Entfernung der Geschwülste. **Klingmüller** (Breslau).

---

3) **Queyrat.** Chancres mous des doigts et de la main. Procédé de coloration rapide du bacille de Ducrey.

(Annal. de dermatolog. et de syphiligr. 1902. p. 731.)

Weicher Schanker an den Fingern und Händen ist sehr selten. In der Literatur sind erst 50 Fälle bekannt. Verf. fügt dazu 5 Fälle aus eigener Beobachtung, deren Diagnose durch den mikroskopischen Nachweis von Streptobazillen und Inokultation an den betreffenden Pat. sichergestellt ist. Zur Färbung empfiehlt er folgende Mischung: Destilliertes Wasser 20 ccm, Ziehl'sche Fuchsinlösung 10 Tropfen, gesättigte Methylenblaulösung 7 Tropfen, mit welcher er 10 Minuten färbt. Das Zellprotoplasma wird rosa, Kerne und Mikroorganismen blauviolett. **Klingmüller** (Breslau).

---

4) **Cadwallader.** Silver vitelline.

(Pacific med. journ. 1902. Nr. 11.)

Das Silbervitellin enthält in der Lösung 30% Silber, es fällt weder Eiweiß noch Kochsalz, es koaguliert daher nicht auf Schleimhäuten und dringt in die Tiefe der Gewebe, ohne zu ätzen. Verf. hat das Silbervitellin in 2—4%iger Lösung bei Gonorrhoe angewandt und sah dabei überraschende Erfolge besonders in chronischen Fällen. Auf Wunden und bei Augenentzündung angewandt hatte das Vitellin keine bessere Wirkung als die gebräuchlichen Mittel (Sublimat, Kalomel etc.). **Herhold** (Altona).

5) **H. Dreesmann** (Köln). Über Merkurol.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

Merkurol ist eine chemische Verbindung von Quecksilber mit Nukleïnsäure und stellt ein bräunlich-weißes Pulver dar, das in Wasser leicht löslich ist und in eiweißhaltigen Flüssigkeiten nicht koaguliert. Nach D.'s Erfahrungen ist es zu empfehlen:

1) bei Beingeschwüren und anderen chronischen geschwürigen Prozessen in Form von 2 bis 5%iger Salbe;

2) bei stark granulierenden Wunden und Ulcus molle als Streupulver, zum Zweck des Ätzens;

3) bei Gonorrhoe zur Injektion in 0,5 bis 2%iger Lösung;

4) bei Lues in Gaben von 0,05 bis 0,1 g innerlich 2mal täglich.

Kramer (Glogau).

6) **Miclescu.** Kritische Beiträge zur Diagnose und chirurgischen Therapie der typhösen Darmperforation und Perforationsperitonitis.

(Therapeutische Monatshefte 1902. Hft. 11 u. 12.)

7) **F. Shepherd.** On three cases of perforated typhoid ulcer successfully operated etc.

(Edinb. med. journ. 1902. Dezember. p. 530.)

M., welcher mit Recht betont, daß man, um bei der in Rede stehenden Erkrankung mit Erfolg zu operieren, verstehen muß, den Eintritt der Perforation von der 10—12 Stunden später beginnenden allgemeinen Peritonitis zu unterscheiden, wendet zunächst der differentiellen Diagnose des perforierenden Typhusgeschwürs große Sorgfalt zu. Als Haupterscheinungen, welche am seltensten täuschen, bezeichnet er den im Verlaufe des Typhus plötzlich auftretenden, oft von Erbrechen begleiteten, äußerst heftigen Schmerz in der rechten Unterbauchgegend mit tetanischer Spannung der Bauchmuskeln und kleinem, jagendem Pulse. Es gilt, den Moment der Perforation zu erhaschen, sofort — ohne Rücksicht auf den etwa vorhandenen und für sich zu bekämpfenden Kollaps und in jedem Stadium der Krankheit — die Operation vorzunehmen und sie möglichst rasch zu beenden. Auf diesen Punkt, die rasche Beendigung

der Operation, legt auch S., welcher über drei von ihm mit Erfolg operierte Fälle berichtet, sehr großes Gewicht. Beide Autoren verlangen deshalb, daß die ja meistens in der Umgebung der Ileocoecalklappe befindliche Perforation, sowie alle verdächtigen, der Perforation nahen Stellen mit fortlaufender Naht, welcher in zweiter Reihe einige Knopfnähte hinzugefügt werden, genäht werden soll. Beide empfehlen auch weiter recht ausgiebige Ausspülung der Bauchhöhle, warnen vor der Vornahme von Resektionen und vor vollständigem Verschluß der Operationswunde, da in allen Fällen Eiterung eintritt. Beide empfehlen auch, nicht unter lokaler, sondern bei vorsichtig eingeleiteter allgemeiner Anästhesie die Operation vorzunehmen.

M. hat 131 Fälle mit 37 = 28,3% günstigen Erfolgen (die drei Fälle von S. sind nicht mit dabei) zusammengestellt, was ja angesichts der überaus trüben Prognose nicht operierter Fälle entschieden ein ermunterndes Resultat ist. Natürlich entsteht in den geheilten Fällen fast ausnahmslos ein Bauchbruch.

Willemer (Ludwigslust).

---

8) **Moynihan.** Hour-glass stomach.

(Edinb. med. journ. Vol. XI. Nr. 6. p. 513.)

M. veröffentlicht 14 Fälle, in welchen er wegen Sanduhrmagen operierte; zwei von diesen waren durch Karzinom, die übrigen durch einfaches Geschwür bedingt; von ersteren verstarb einer, von letzteren drei. Verf. tritt sehr entschieden auf gegen die Ansicht, daß in manchen Fällen die Mißbildung des Magens angeboren und das Geschwür sekundär sei; beweiskräftige Präparate für solche angeborene Sanduhrform liegen seiner Ansicht nach überhaupt nicht vor. Er macht wiederholt auf den oft übersehenen Umstand aufmerksam, daß außer der die Sanduhrform bedingenden Verengerung noch eine zweite Verengerung am Pylorus besteht, deren Übersehen natürlich das Operationsresultat aus verschiedenen Gründen zu einem unbefriedigenden machen muß. Bei solchen Doppelverengerungen müssen zuweilen zwei Operationen am Magen ausgeführt werden. Für die Differentialdiagnose kommen Speiseröhren- und einfache Pylorusstenosen in Betracht. Je näher diesen Stellen die Magenverengerung liegt, desto schwieriger ist sie vor der Operation genau zu diagnostizieren, während man durch Ausspülungen und Gasaufblähung sonst bei einiger Übung meistens zu einer wichtigen Diagnose kommen kann. Zu bemerken ist noch, daß die narbigen Verdickungen in der Umgebung eines Geschwürs im Verein mit den krampfartigen Zusammenziehungen der hypertrophischen Magenmuskulatur zuweilen eine bösartige Geschwulst vortäuschen können. (Auch Ref. hat einen derartigen Fall gesehen.) Für die Operation ist es wichtig, sich nicht mit der Betastung des vorliegenden Teiles des Magens zu begnügen, sondern, wenn irgend möglich, stets den ganzen Magen bis zu seinen beiden Endpunkten abzutasten. Die Art des operativen

Eingriffes wird immer nach der Lage des einzelnen Falles zu bestimmen sein; Gastroplastik, Gastrogastrostomie oder Gastroanastomose, Gastroenterostomie, partielle Gastrektomie werden in Frage kommen und, wenn nötig, noch mit Pyloroplastik oder Gastrolyse zu verbinden sein. **Willemer** (Ludwigslust).

---

9) **V. Bonney.** Injurious renal mobility (»nephrospasis«) in relation to gynaecology etc.

(Edinb. med. jonrn. 1902. Desember. p. 515.)

B. entnimmt den Grund zu seiner Arbeit dem Umstande, daß häufig von den Nieren veranlaßte Beschwerden nicht richtig erkannt, als von den Unterleibsorganen ausgehend angesehen und demgemäß oft lange erfolglos behandelt werden. Er sucht mit Recht eine strenge Unterscheidung einzuführen für diejenigen Fälle von abnorm beweglicher Niere, welche keine und solche, welche mehr oder weniger lebhafte Beschwerden veranlaßten, und sucht nach Merkmalen, welche es dem Arzte ermöglichen, schon durch seine Untersuchung festzustellen, welcher von den beiden Arten der vorliegende Fall angehört. Für die von Beschwerden begleiteten Fälle schlägt B. zum Unterschiede von den anderen die Bezeichnung Nephrospasis vor. Sein durch genaue und in jedem Falle mehrfach wiederholte an 100 aufeinander folgenden Pat., von denen nicht alle geboren hatten, vorgenommene Untersuchungen gestützter Gedankengang ist etwa folgender: Ganz unbeweglich ist keine normale Niere, alle folgen den respiratorischen Bewegungen des Zwerchfells. Ihren Halt gegenüber diesen Bewegungen bekommt die Niere erstens durch ihre Verbindung mit dem Zwerchfell, zweitens durch das Fettpolster, auf welchem sie ruht (Unterstützung von oben und von unten). Erst wenn diese beiden Unterstützungsarten versagen und der Stiel der Niere belastet wird, fängt die Wanderniere an, Beschwerden zu machen (Nephrospasis). Zu erkennen an objektiv wahrnehmbaren Erscheinungen ist dieses Stadium in manchen Fällen. Man findet nämlich dann, daß die bei der tiefen Inspiration heruntergetretene und von den tastenden Fingern gehaltene Niere keine Neigung zeigt, bei der Exspiration wieder hinauf zu rücken und außerdem, daß der untere Pol der Niere eine Innenrotation um eine anteroposteriore Achse zeigt. Diese Innenrotation des unteren Pols ist ein pathognomonisches Zeichen für ungehörige Belastung des Stieles der Niere und war in keinem der von Beschwerden nicht begleiteten Fälle vorhanden.

B. fand von Wanderniere verursachte Beschwerden fast nie bei unter 20 und über 55 Jahre alten Pat. Vorausgegangene Geburten vermehrten die Beweglichkeit der Niere nicht, aber von den Pat., welche nicht geboren hatten, hatte ein größerer Prozentsatz Beschwerden von der beweglichen Niere. Erfolg von einer operativen Behandlung der Wanderniere erwartet B. nur, wenn die beiden oben angegebenen Kardinalsymptome der »Nephrospasis« vorhanden

sind. Er warnt davor, die Niere zu weit unten oder zu weit außen zu befestigen bei einem etwaigen operativen Eingriffe, da dann zuweilen nur erreicht würde, daß die vor der Operation zeitweise auftretenden Beschwerden nach der Operation andauernd vorhanden wären. **Willemer** (Ludwigslust).

---

10) **Rumpel.** Erfahrungen über die praktische Anwendung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn bei Nierenerkrankungen. (Aus dem Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 1—3.)

R. beschreibt in der Abhandlung eingehend die Methode der Gefrierpunktsbestimmungen an der Hand der erweiterten Erfahrungen, die bisher an ca. 300 Fällen der ersten chirurgischen Abteilung Kümmell's gewonnen worden sind, und gibt in Tabellen die Ergebnisse dieser Untersuchungen. Durch diese wird von neuem bestätigt, daß bei ungestörter Nierenfunktion, auch dann, wenn andere Organerkrankungen bestehen, die molekulare Konzentration des Blutes eine sehr konstante ist und im Mittel durch eine Gefrierpunktserniedrigung von 0,56° C. zum Ausdruck gelangt, dagegen sich bei Erkrankung beider Nieren erhöht zeigt, was durch das Tiefertreten des Gefrierpunktes unter 0,58 beobachtet wurde. In diesen letzteren Fällen war fast immer mit der Konzentrationserhöhung des Blutes eine Verminderung der molekularen Konzentration des Urins (Gefrierpunkt meist unter 0,9 bis 0,2) nachzuweisen. Dagegen fand sich bei nur einseitiger Nierenerkrankung stets normale Blut- (Gefrierpunkt 0,55—0,57) und Gesamtharnkonzentration, während der durch Harnleiterkatheterismus gewonnene Urin der kranken Niere verminderte molekulare Konzentration, und zwar entsprechend der Ausdehnung der Erkrankung, zeigte.

Diese Ergebnisse lassen nun auch den Schluß zu, daß bei normaler molekularer Konzentration des Blutes, wenigstens in den meisten Fällen, keine doppelseitige Nierenerkrankung bestehen kann, bei Konzentrationserhöhung aber stets eine solche angenommen werden darf. In Bezug auf die Verwertung der Kryoskopie für die Diagnose und Indikationsstellung bei chirurgischen Eingriffen stimmen R.'s weitere Ausführungen mit den früher von Kümmell ausgesprochenen Ansichten überein. **Kramer** (Glogau).

---

11) **A. Pertz.** Die Diagnose chirurgischer Erkrankungen vermittels der Röntgenstrahlen.

Habilitationsschrift, Freiburg i/Br., 1902. 68 S.

In seiner Monographie gibt P. einen allseitig umfassenden Bericht über die Leistungen der Röntgenstrahlen in der Chirurgie. Seine Worte verraten einen gewiegten Röntgographen, welcher die

bedeutende Leistungsfähigkeit der Röntgenstrahlen bei allen chirurgischen Erkrankungen kennt, der aber auch der Grenzen, welcher dieser Untersuchungsart gestellt sind, sich wohl bewußt ist.

Neues bringt die Monographie für den auf diesem Gebiet Erfahrenen nicht, wohl aber dürfte sie allen anderen, denen diese Untersuchungsmethode ferner liegt, eine willkommene Übersicht über die Leistungsfähigkeit der Röntgenstrahlen auf chirurgischem Gebiete geben.

H. Wagner (Breslau).

---

12) A. Exner. Beiträge zur Kenntnis der akuten Knochenatrophie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 1.)

Die akute Atrophie der Knochen, die sich an den Extremitäten nach Entzündungsprozessen entwickelt, wurde zuerst von Sudeck beobachtet und beschrieben. Kurze Zeit nach der Arbeit Sudeck's erschien eine längere Mitteilung von Kienböck, der sich eingehend mit derselben Frage beschäftigte und die beobachteten Vorgänge auf die zu supponierenden feineren anatomischen Veränderungen zurückzuführen suchte. E. findet die beobachtete Aufhellung der Knochschatten im Röntgenbild in zwei Formen. Die erste ist durch verschwommene Flecke charakterisiert, wobei die einzelnen Bälkchen der Spongiosa kaum zu erkennen sind, die zweite durch Rarefikation der scharf gezeichneten Bälkchen. Im letzteren Falle sind eben eine Zahl von Bälkchen verschwunden. Für den ersteren Fall nimmt Kienböck an, daß die mikroskopischen Defekte an den Bälkchen offenbar zu klein seien, um sich auf der verhältnismäßig grobkörnigen photographischen Platte abzubilden; es wurde dabei das Bild eines leicht durchdringlichen und schlecht abgegrenzten Bildes erzeugt; ebenso liegt die Annahme nahe, daß in den Markräumen die aus dem resorbierten Knochen stammenden gelösten Kalksalze abgelagert sind und ein scharfes kontrastvolles Hervortreten des Knochenbildes noch verringerten. Als Ursache der Atrophien nimmt Kienböck mit Sudeck trophoneurotische Störungen an. E. bereichert in seiner Arbeit die bisher bekannte Kasuistik um eine Anzahl interessanter Fälle (6 Fälle von Knochenbrüchen, 2 von Gonorrhoe, 6 von akut eitriger Entzündung, 13 von Gelenktuberkulosen und 1 von Lues hereditaria.) Er war in der glücklichen Lage, bei einem Teile der Fälle an skelettierten Knochen seine Untersuchungen ausführen zu können, wobei naturgemäß die Skiagramme schärfer gezeichnete Bilder ergaben, als wenn die Extremität in toto photographiert wurde. Bei der Präparation der Knochen zeichnen sich die pathologischen Knochen durch abnorme Weichheit aus. Es war nur mit großer Schwierigkeit möglich, das den Knochen anhaftende Gewebe ohne Schädigung derselben zu entfernen; die Knochen ließen sich zum Teil zwischen den Fingern zerdrücken (Fußwurzelknochen); es war möglich, dem runden Querschnitt der Röhrenknochen am Metatarsus und Metacarpus durch Fingerdruck eine ovale Gestalt zu geben.

Daß diese Veränderungen auch bei der Funktion der Extremitäten durch Verbiegung der Knochen Schmerzen bereiten, ist einleuchtend, so daß ein Teil der oft schweren Funktionsstörungen durch Atrophie der Knochen bedingt sein wird. Bei den chemischen Untersuchungen konnte E. feststellen, daß bei akuter Knochenatrophie das Gewicht des Kubikcentimeter getrockneten Knochens auf ein Drittel des normalen reduziert werden kann. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Zahl der Bälkchen in den erkrankten Knochen abgenommen hatte; die vorhandenen waren durchschnittlich dünner als die normalen Knochen. Die äußere Begrenzungsschicht war bedeutend verschmälert und war, wo sie dem Gelenkknorpel anlag, zu fast allen Zeiten außerordentlich dünn, betrug oft nur wenige Mikren, so daß sie stellenweise bei schwacher Vergrößerung kaum zu sehen war. **H. Wagner** (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

13) Congrès Français de Chirurgie.

XV. session, tenue à Paris du 20. au 25. Octobre 1902.

(Revue de chir. Jahrg. XXII. Nr. 11.)

(Fortsetzung.)

Lermoyez (Paris): Abcès cérébral otogène. Opération. Guérison.

Anknüpfend an seinen Fall, der trotz zweimaliger Rezidive zur Heilung gelangte, bespricht L. die geeigneten Operationsmethoden und ihre Erfolge. Wichtig ist, die Diagnose frühzeitig zu stellen, und hierzu soll man sich mit wenigen Symptomen begnügen. Zu diesen gehört auch schnelle Abmagerung und geistiger Verfall bei Fieber und Otorrhoe. Der geeignetste Zugang zum Schläfenlappen ist der vom Proc. mastoideus aus; immerhin ist es ungünstig, das Gehirn durch eine Eiterhöhle hindurch zu drainieren; doch stellen sich die Resultate günstiger als beim direkten Eingehen auf den Schläfenlappen, wo der ursprüngliche Herd erhalten bleibt. Dort 60%, hier 40% Heilungen. Die schönsten Erfolge, 84% Heilungen, ergibt eine doppelte Eröffnung vom Antrum und durch die Squama her.

Berthomier (Moulins): Déstruction complète de la troisième circonvolution frontale gauche chez un gaucher.

Durch Sturz vom Baume erlitt ein Linkser ausgedehnte Zertrümmerung des Schädels vom linken Auge bis zum linken Ohre mit Hirnvorfall, der aus der 3. Stirnwindung bestand. Zahlreiche Splitter. Der Kranke heilte, ohne Sprachstörungen darzubieten, nach Unterbindung der Meningea, Reinigung der Wunde mit Wasserstoffsuperoxyd.

Goris (Brüssel): Un cas de chirurgie cérébrale pour complication endo-crânienne d'otite moyenne purulente chronique. Guérison.

Nach 21jährigem Bestande einer Otorrhoe Einsetzen cerebraler Symptome: partielle Okulomotoriuslähmung, Stauungspapille, Erbrechen etc. Radikaloperation der Otitis media und Trepanation in der Fossa temporalis, wobei extradural ein Sequester gefunden wurde, der etwa der Spitze der Felsenbeinpyramide entsprach. Heilung im Verlaufe von 2 Monaten.

G. Laurens (Paris): Abcès du cerveau et du cervelet avec phlébite suppurée du sinus latéral. Opération. Guérison.

2 Monate nach akuter Otitis Auftreten von Hemikranie, Fieber, Pulsverlangsamung, Frost, Schwindel, taumelndem Gang, Abmagerung. Plötzlich komatöser

Zustand mit Hemiparese (rechtsseitig, wie die Otitis). Ligatur der Jugularis, Trepanation des Antrum, Ausschaben des Sinus, Entleerung eines durch Punktion des Kleinhirns eröffneten Abszesses. 14 Tage später machten Fieber, Pulsverlangsamung und genau lokalisierter Schmerz im Temporallappen erneuten Eingriff nötig, der einen Abszeß im Schläfenlappen aufdeckte. Danach Heilung.

Casin (Paris): Abcès osseux aberrant consécutif à l'otite moyenne.

Der Abszeß entwickelte sich langsam nach Otitis media im Parietale, wo ein langsam heilender Knochendefekt zurückblieb.

Malherbe (Paris): Traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë purulente chez l'enfant.

Da beim Kinde die Verbindung zwischen Paukenhöhle und Antrum eine weitere ist als im Ohre des Erwachsenen, so ist bei ihm die Paracentese des Trommelfelles weniger angezeigt als die Freilegung des Antrum. Von hier aus soll die Paukenhöhle drainiert werden.

Gauthier (Luxeuil): Sur la trépanation de l'apophyse mastoïde au thermocautère.

Die Anwendung der Thermokauter bezieht sich nur auf die Weichteile.

Jacques (Nancy): Traitement opératoire des kystes paradentaires du maxillaire supérieur.

Die Exstirpation der Membran wird, wie üblich, von der Wangenschleimhaut her ausgeführt, die Inzision jedoch, nach Eröffnung der Nasenhöhle behufs Drainage, geschlossen. Da Infektion der Wundhöhle ausgeschlossen ist, erfolgt die Heilung schnell.

J. L. Faure (Paris): Traitement des cancers de l'arrière gorge.

Bei Operation der Rachenkarzinome bedient sich F. einer Inzision, die vom Munde über den Kieferwinkel hinab am vorderen Rande des Sterno-cleido-mastoid. entlang verläuft. Der aufsteigende Ast des Unterkiefers wird schnell entblößt, durchsägt, herausgerissen, die Carotis ext. unterbunden. Präventive Tracheotomie ist nicht nötig. Wenn wir frühzeitig operieren, werden wir auch hier radikale Heilungen erzielen. Vorläufig ist die Sterblichkeit noch eine hohe, ca. 33%. Breite Drainage, Offenhalten des unteren Wundwinkels in der Nachbehandlung sind erforderlich.

Peugniez (Amiens): Hémi-section de la moelle par coup de couteau; syndrome de Brown-Séquard.

Der fragliche Kranke hat während 14 Jahren die Messerklinge, welche die halbseitige Durchtrennung des Rückenmarkes zwischen 3. und 4. Brustwirbel herbeiführte, fast reaktionslos bei sich getragen. Es bildeten sich nur unter dem Symptomenkomplexe der Brown-Séquard'schen Lähmung sklerotische Veränderungen des Markes aus. Erst eine Infektion, welche ihren Ausgang von einer trophischen Ulceration nahm, erregte eine Wundentzündung um den Fremdkörper, die zum Tode führte.

Moty (Armés). Incision postérieure dans l'empyème.

Sie verläuft möglichst in der Faserrichtung des Latiss. dorsi, entspricht als tiefster Punkt dem Gesetze der Schwere, heilt schnell und ohne Fistel. Die 9. Rippe wird resesiert.

Gangolphe (Lyon): Indications et contre-indications de l'opération de Délorme.

Sie ist unnütz beim Kinde, weil meist die Inzision der Pleura genügt, wie oft selbst bei Erwachsenen. Hingegen vereiteln hier oft die ausgedehnten Verwachsungen und Schwarten die Ausführbarkeit der Lungenablösung. (Vergleiche dagegen das eingehende Referat von Delorme im Franz. Chir.-Kongr. 1901.)

Monprofit (Angers): Résultats fonctionnels des différents procédés de gastro-entérostomie.

Von 101 Gastroenterostomien wurden 15 nach Wölfler, 73 nach v. Hacker, 13 nach Roux ausgeführt. Die Erfolge sind fast gleich gut nach den letzten

beiden Methoden, idealer nach Roux. Bei Schwerkranken — Karzinomatösen etc. — zieht M. v. Hacker's Gastroenterostomie der Einfachheit und Kürze halber — Dauer 20—30 Minuten — der Y-Anastomose vor.

Hartmann (Paris): Résultats et indications du traitement chirurgical dans les affections non néoplasiques de l'estomac (60 opérations personnelles).

Von großer Wichtigkeit sei die richtige Diagnose und rechtzeitige Indikationsstellung. Von 36 Kranken, die Hayem und Soupault geschickt hatten, starb nur einer, von 24 andererseits — mit vorgeschrittenem Verfalle der Kräfte — zugesandten 9 infolge der Operation. H. stellt seine Indikationen etwa folgendermaßen: Auszuschließen sind nervöse Dyspepsien und leichte Grade von Dilatation ohne deutliche Stenosenerscheinungen. Auch bei chronischem Magengeschwür operiert er nur bei gleichzeitiger Stenose oder sicherem Sitze am Pylorus. Bei starken Magenblutungen enthält er sich des Eingriffes und reserviert ihn für wiederholte kleine. Im allgemeinen wendet er die Gastroenterostomie nach eigenem Verfahren an. Die Pyloroplastik bringt nur ungenügenden Ausgleich der Buchten um den Pylorus herum zustande. Die Pylorektomie wendet H. an, wo er bösartige Degeneration des Geschwüres befürchtet.

Roux (Lausanne) operiert bei Magengeschwür, ohne mechanische Insuffizienz abzuwarten — weil die Heilung schneller erfolgt und sonst frühzeitige maligne Entartung zu fürchten ist —, ebenso bei Blutungen. Bei seinen letzten 40 Y-Anastomosen verlor er bei Anwendung des Murphyknopfes einen Kranken, ist daher zur Dreietagennaht mittels Seide und Nähnadel zurückgekehrt.

Forgue (Montpellier): Sur les plaies de l'estomac par armes à feu.

Eine Stunde nach der Verletzung Naht der Magenschußwunde. Ausschuß an der Rückwand nicht zu entdecken. Am 3. Tage Tod an Magenblutung. Das Geschoß fand sich im Magen. Es hatte die hintere Magenwand bis in die Muskularis durchschlagen. Aus der Kontusionswunde hatte sich ein peptisches Geschwür entwickelt, das zur tödlichen Blutung führte. Für ähnliche Fälle wäre darum die Inzision des Magens und innere Absuchung bezw. Vernähung des Geschwüres zu empfehlen.

Souligoux (Paris) citiert zwei Fälle als Beweis, wie schwer oft die Ausschußöffnung an der hinteren Magenwand zu finden ist; im ersten war es selbst bei der Autopsie erst bei Anfüllung des Magens mit Wasser möglich, die Öffnung zu finden; im anderen bewies das Geschoß unter der Rückenhaut das Vorhandensein des Ausschusses, der bei der Operation nicht zu finden war. Der Kranke ist geheilt.

Cazin (Paris). In seinem Falle ließ er, da kein Ausschuß zu finden war, die Stühle genau überwachen; am 8. Tage fand sich das Geschoß.

Souligoux (Paris): Rétrécissement et dilatation de l'oesophage.

Ein Kranker mit Striktur der Speiseröhre hatte sich oberhalb derselben eine 2 Liter haltende Erweiterung geschaffen, indem er den Druck der Wasserleitung benutzte, um feste Bissen durchzupressen. S. legte ihm eine Magenfistel an nach einer der Ullmann'schen ähnlichen Methode: zweimalige Drehung eines Magenzipfels um je 90° mit entsprechender Fixation der Touren. Die Kontinenz ist eine derartige, daß der Magen sich eher bis zum Platzen auffüllen ließe, ehe ein Tropfen durch die Fistel geht.

Pauchet (Amiens): 1) Traitement chirurgical des affections non cancereuses de l'estomac. (Résultats).

P. übt die Methoden nach Roux — bei Widerstandsfähigen — oder mittels Murphyknopfes nach Czerny (Petersen) bei schwachen Kranken. Bei nicht mit Krebs Behafteten ist die Gastroenterostomie an Gutartigkeit der Radikalkur einer Hernie zur Seite zu stellen (eine Serie von 22 Fällen ohne Todesfall).

2) Traitement du cancer de l'estomac. (Résultats).

Von 29 Operierten hat P. 8 verloren (von den letzten 10 einen). Er gibt folgendem Verfahren den Vorzug: Breite Auslösung vom Duodenum bis zur

kleinen Kurvatur mit Drüsen; Ecrasement und Abtrennung, danach Gastroenterostomie mittels Knopfes. Dauer der Operation etwa eine Stunde.

Dujon (Moulins): Volvulus de l'estomac. Laparotomie exploratrice. Relation d'autopsie.

Der Kranke — 5 Jahre alt — kam 8 Tage nach Beginn der Erscheinungen zur Operation, die nicht zu Ende geführt werden konnte. Zur Diagnose müßte verhelfen das Bestehen von Occlusion, Erbrechen unmittelbar nach dem Versuche von Nahrungsaufnahme, Sondenwiderstand vor Einführung in den Magen.

Aus dem Obduktionsbefunde ist hervorzuheben, daß das Lig. gastro-intestinale und Omentum majus zerrissen, die große Kurvatur frei, nach oben gerichtet ist. Bei seinen Versuchen, an Leichen die Torsion des Magens künstlich zu erzeugen, gelangte D. zum Ziele, wenn er nach Abbindung von Duodenum und Ösophagus den Magen aufblies und die beiden genannten Bauchfellduplikaturen durchriß — wenn diese ausreichend lang waren, auch ohne diesen Eingriff. Die Torsion setzt also eine gewisse Schlaffheit dieser Blätter voraus.

J. F. Faure (Paris): Sur deux cas de chirurgie du pancréas.

F. glaubt, daß Abszedierungen des Pankreas häufiger seien als man annehme, in Anbetracht der leichten Infizierbarkeit der nahen Ampulla Vateri. Sein erster Fall erkrankte unter dem Bilde einer Magenperforation, sein zweiter erweckte durch Größe der Geschwulst und Abmagerung den Eindruck eines Karzinoms des Magens oder Kolons. Beide Kranke heilten nach Entleerung der Abszesse.

Remy (Paris). Drainage transpéritonéale dans les péritonites généralisées.

Mit Rücksicht darauf, daß der Eiter der Bauchhöhle sich hauptsächlich ins kleine Becken senkt, hat R. in zwei Fällen mit Glück die Bauchhöhle mittels großer Drains durch Öffnungen neben dem Steißbeine nach hinten abwärts entleert. Er drängt die Weichteile neben Mastdarm und Steißbein nahe an diesem, wo sie nur geringe Dicke haben, dem Assistenten entgegen, der die entsprechenden Einschnitte macht und die Drains in Empfang nimmt. Das Becken wird mit Tampons lose ausgefüllt.

Monprofit (Angers): Anus artificiel et entéro-anastomose dans le traitement de l'occlusion intestinale.

In einem Falle von Darmverschluß begnügte sich M., zuerst nur eine Kotfistel anzulegen; nach Beseitigung der Störungen anastomosierte er Kolon und Ileum, weil das Hindernis, gebildet durch massenhafte Verwachsungen, nicht beseitigt werden konnte.

Roux (Lausanne) wendet die Anastomose oft selbst nach Entfernung des Hindernisses an; er entleert die beiden insidierten Darmenden und anastomosiert lateral.

Reboul (Nîmes): Signes d'occlusion intestinale produits par une adénite tuberculeuse subaiguë de la fosse iliaque interne. Cessation des accidents immédiatement après l'ablation des ganglions.

Es handelte sich um ausgesprochene Ileussymptome mit Kotbrechen, die lediglich durch Entzündung zweier tuberkulöser Lymphdrüsen am inneren Leistenringe hervorgerufen und mit deren Exstirpation gehoben waren.

Jaques Reverdin (Genf) hat zwei gleiche Fälle beobachtet. Der zweite Pat. war so elend, daß er nur medikamentös behandelt wurde — und heilte auch.

Monod (Paris) et Chavannaz (Bordeaux): Deux cas d'intervention pour occlusion intestinale par péritonite tuberculeuse.

Beide Mitteilungen erwecken den Eindruck, als hätte es sich um rein symptomatischen Verschluß infolge ziemlich lebhafter Schübe von tuberkulöser Peritonitis gehandelt, von denen der erste wenigstens auch ohne Laparotomie geheilt wäre. Im zweiten Falle bestand Ascites.

Duret (Lille): Trois cas d'ablation du coecum.

Zweimal wegen Karzinom, einmal wegen tuberkulöser Blinddarmgeschwulst hat D. mit Erfolg den Blinddarm reseziert. Er hält diese Operation für relativ

gutartig, vorausgesetzt, daß man vor dem Eintritte ernster Occlusionserscheinungen operieren kann.

Forgue (Montpellier): Des rapports de certaines tumeurs incluses avec le colon pelvien et des conditions opératoires qui en résultent.

Beckengeschwülste der linken Seite mit intraligamentärer Entwicklung können bei fortschreitendem Wachstum ins Mesocolon pelvicum hineinwachsen und dieses in großer Ausdehnung entfalten; dadurch werden sie einerseits stark fixiert, andererseits ist die Gefahr von komplizierenden Verletzungen sehr groß. Cysten können durch Punktion verkleinert und dann ausgeschält werden; anders Papillome und Myome. Hier kann die radikale Entfernung unmöglich werden oder zur Resektion größerer Darmpartien nötigen. Ein solcher Fall, der glücklich endigte und bei dem der Dickdarm nach Resektion eines 15 cm langen Stückes mit dem Mastdarme vernäht werden mußte, wird ausführlich mitgeteilt.

Dujon (Moulins): Résection de 1 m 36 cm de l'intestin grêle. Anus contre nature; survie de huit mois.

Laparotomie wegen Verschlußerscheinungen bei bestehender teilweise reponibler Leistenhernie. Da kein innerer Verschluß bestand, wurde nach Vernähung der ersten Wunde der Bruch freigelegt und einfach samt Samenstrang — es handelte sich um einen 60jährigen Emphysematiker — quer reseziert. Kunstafter. Nach achtmonatlichem Bestehen desselben Versuch der ileocoecalen Anastomose, wobei Pat. an Peritonitis starb.

J. L. Championnière (Paris). La hernie inguinale de la vessie.

Unter 900 Herniotomien hat C. etwa sechsmal Blasenbrüche beobachtet; dreimal hat er sie verletzt — im letzten Falle sogar ein ziemliches Stück resezieren müssen —, dreimal hatte er die Anwesenheit der Blase im Bruchsacke mittels Sonde feststellen können. In keinem der Fälle hatten Störungen der Harnentleerung auf die Anomalie aufmerksam gemacht. Auf den Verlauf der Heilung hatten die Verletzungen der Blase kaum Einfluß. C. legt keinen Dauerkatheter ein.

Reverdin (Genf) hält die Diagnose der Blase als Bruchinhalt nicht für so schwierig; auch

Gangolphe (Lyon) hat mehrmals vorher die Anwesenheit der Blase im Bruchsacke erkannt und nur einmal versehentlich reseziert; in anderen Fällen konnte er während der Operation die Blase am prävesikalen Fett erkennen. Dasselbe versichert

Souligoux (Paris), während

Tédenat (Montpellier) ein eiterhaltiges Blasendivertikel öffnete mitten in einer Art fettiger Geschwulst. Der Urin des betreffenden Kranken hatte sonst normale Beschaffenheit.

Picqué (Paris) unterscheidet drei Varietäten von Blasenhernien: 1) kann die Blase dem Bruchsacke innen anliegen — in wechselnder Ausdehnung; 2) kann sie in den Hodensack sinken, ohne von einem peritonealen Fortsatze überkleidet zu sein; 3) kann sie als selbständiger, mit Serosa überkleideter Zipfel in den Bruch hineinragen. Auch T. hält die Erkennung der Blase als Bruchinhalt nicht für leicht und die Resektion der Blasenhernie nur dann für berechtigt, wenn starke pathologische Veränderungen — z. B. Gangrän — vorliegen.

Bégouin (Bordeaux) verwendet bei der Radikaloperation eine Abweichung von der Bassini'schen Methode, indem er nach Mugnai den Samenstrang auf dem präperitonealen Gewebe am unteren Rande des äußeren Leistenringes herausleitet und darüber mit Silberdraht die Muskeln vernäht.

Poullet (Lyon): Guérison des hernies sans ouverture du péritoine, même chez les personnes très âgées.

Was P. veranlaßt, zu dem alten Prinzip, Brüche uneröffnet zu heilen, zurückzukehren, sagt er nicht. Zum Schließen des Bruchsackes verwendet er dünnen Stahldraht, der mittels einer Hohlnadel unter abwechselndem Aus- und Einstechen durch den abgeklemmten Sack geführt wird. Während der linke Zeigefinger den Bruchsackhals — nach Entfernung des Sackes — einstülpt, werden die Faden-

enden nach dem oberen Wundwinkel durch Muskeln und Fascien durchgeführt und von da aus abwärts, sich kreuzend, drei- bis viermal von innen nach außen durch die Dicke der Bruchpforte durchgestochen. Es entsteht auf diese Weise eine Art Gitterwerk, die Fadenenden werden maskiert durch eine kleine Plombe. Die Hautnaht wird ebenfalls mit Metalldraht ausgeführt, die Operation übrigens ohne Assistenz gemacht, ohne Gefäßunterbindung; sie dauert 15 Minuten. Nach 6 Tagen Verbandwechsel und bei Prima Entfernung der Hautnähte. Zeigt sich Röte und Ödem, so öffnet P. die Naht ein wenig. »Die Heilung vollzieht sich dann aber ein bischen langsamer.«

Reynès (Marseille): Abcès de la paroi abdominale tardifs, après les operations de hernie.

Solche Abszesse, die etwa 2—4 Monate nach der Operation und scheinbar primären Heilung auftreten, beruhen nach R. auf schwach virulenten Infektionen vom Nahtmateriale aus, vielleicht als Drüsenphlegmonen. Es empfiehlt sich auf Grund solcher Erfahrungen, resorbierbares Material zur tiefen Naht zu verwenden.

Thiéry (Paris): Choix du moment de l'intervention dans les appendicites.

T. glaubt, daß man bei genauer Beobachtung von Puls, Temperatur und Muskelkontraktur innerhalb der ersten 4 Tage sich ein genügend sicheres Urteil bilden könne, ob Eingriff nötig oder aufschiebbar sei.

J. Braquehaye (Tunis): A propos de diagnostic de l'appendicite.

Infolge eines heftigen Stoßes, welchen der Kranke verschwiegen hatte, Entstehung beträchtlicher Schmerzhaftigkeit und Schwellung am MacBurnay. Auftreibung, Puls 112, Temperatur 38,6; mit der Größe der Resistenz stand das Allgemeinbefinden in Widerspruch. Irrtümlich Appendicitis angenommen. Laparotomie ergab keinen Eiter. Durch den Drain entleerte sich nach 4 Tagen ein großes retroperitoneales Hämatom.

Guinard (Paris): Appendicite et pleurésie.

Mitteilung zweier interessanter Beobachtungen purulenter Pleuritis nach bezw. bei Appendicitis — links in einem, rechts im anderen Falle. G. hält dafür, daß die Ausbreitung des Prozesses per continuitatem die seltenere sei und häufiger die Komplikationen sekundäre Lokalisation allgemeiner Sepsis infolge der Entzündung des Wurmfortsatzes seien.

Lapeyre (Tours): Résultats de l'intervention dans l'appendicite compliquant la côlite muco-membraneuse.

Die befriedigenden Erfolge, die L. bei sechs Kranken bei gleichzeitiger Appendicitis chronica und Colitis membranosa durch Resektion des Proc. vermiformis erzielte, deutet L. dahin, daß Verstopfung, Appetitlosigkeit, Blähung, Übelsein und Schmerzen die Anzeigen der komplizierenden Appendicitis seien. Sie schwinden nach der Operation, während die exfoliativen Vorgänge weiter bestehen bleiben.

Barnsby (Tours): Remarques sur l'appendicite chez la femme dans ses relations avec les lésions utéro-annexielles.

Aus seinen Beobachtungen schließt B.: Es gibt eine sekundäre Appendicitis bei Frauen, durch Salpingitis bedingt. Dieselbe ist durch genaue Untersuchung, besonders des oberen Poles rechtsseitiger Geschwülste sowie Kolikanfälle außerhalb der menstruellen Perioden zu erkennen. Die operative Behandlung ist unbedingt indiziert und gibt gute Resultate.

Cazin (Paris): Des indications opératoires fournies par l'examen du sang dans l'appendicite à chaud.

Die Blutuntersuchungen sollen ein wesentliches diagnostisches Hilfsmittel in den Fällen sein, die nicht innerhalb der ersten 48 Stunden operiert wurden. Von diesem Zeitpunkte ab kann selbst dem gewiegtesten Kliniker die Entscheidung schwer werden, ob man abwarten könne oder nicht. Die ernsten Fälle, verbunden mit Gangrän, Peritonitis, Abszeß, zeigen sofort eine beträchtliche Vermehrung der

Leukocyten, in wesentlich geringerem Maße die gutartigen Formen. Aus dem Reichtum des Blutes an Leukocyten kann oft die Gegenwart eines Abszesses erkannt werden, ehe derselbe aus anderen Symptomen, Resistens, Puls, Temperatur, festzustellen ist.

Tédenat (Montpellier): Grands abcès du foie consécutifs à la grippe.

Vier solche Fälle hat T. operiert, 1—1½ Liter Eiter entleert, der keine Mikroben enthielt. Die Heilung wurde jedesmal schnell erzielt.

Braquehaye (Tunis): Péritonite péribiliaire avec crises fréquentes de coliques hépatiques. Laparotomie, rupture des adhérences. Guérison.

Die Anfälle waren mit Ikterus verbunden, Steine konnten trotz aufmerksamen Suchens in den Gallengängen nicht gefunden werden; sie waren 10 Jahre früher abgegangen. Die Rekonvaleszenz war durch einen Malariarückfall gestört.

Mauclaire (Paris): Contribution à la chirurgie de l'arrière-cavité de l'épiploon: hématomes, suppurations, drainage.

In dem von M. mitgeteilten Falle war durch maligne Drüsengeschwulst neben dem Pankreas ein nahezu 5 Liter haltiges Hämatom der Bursa omentalis entstanden, welches durch das Lig. gastro-colicum entleert wurde. Die Autopsie ließ allein die dargelegten Verhältnisse erkennen.

Bisher waren etwa 35 Fälle traumatischer oder spontaner Hämatome der Bursa von Michel zusammengestellt. Sie und die daselbst befindlichen Abszesse verdanken häufig ihre Entstehung der Pankreatitis, sei es durch hämorrhagische Nekrosen, sei es einfache Entzündung. Geschwulstartige Schwellungen sind dabei selten. Zu empfehlen ist in solchen Fällen die transperitoneale Drainage, wobei die hintere Öffnung etwa an den oberen Pol der linken Niere zu legen ist.

Paul Delbet (Paris): Deux cas de chirurgie hépatique.

Im ersten Falle war es eine ziemlich breite Verwachsung der Leber mit der Bauchwunde, die heftige Beschwerden machte; letztere schwanden nach Lösung des als kongenital gedeuteten Bandstreifens.

Im zweiten Falle waren Choledochusverschlußsymptome durch eine Pankreatitis erzeugt und gingen — ohne daß ein Stein hätte gefunden werden können — von selbst zurück. Die Gallenblase war klein.

Barnsby (Tours): Cholécystite calculeuse suppurée simulante un abcès péri-appendiculaire. Cholécystectomie partielle et cholécystostomie. Guérison.

Der Irrtum war bedingt durch das zwischen Leberrand und oberer Grenze des Abszesses fixierte Kolon, welches den Nachweis des Zusammenhanges der Eiterung mit der Gallenblase verhinderte. Der Abszeß enthielt 294 Steine. Heilung mit kleiner Fistel.

Maire (Vichy) hatte eine Cystostomie auszuführen unter Symptomen, welche denen einer Brucheinklemmung glichen. Im Cysticus saß ein Solitärstein von 27 g.

Péraire (Paris): Deux cas de chirurgie du foie.

Fall I. Kachektischer Mann mit Fieber, Atemnot, Husten, Leberschwellung. Laparotomie. Da kein Abszeß zu finden, Cholecystostomie. Besserung, solange diese offen war; Wiedereintritt des Siechtums, nachdem sie sich schloß. Keine Autopsie. P. bezeichnet das Leiden als »Hépatite des pays chauds« und meint, man hätte länger anhaltende Besserung erzielt durch Offenhalten der Gallenfistel.

Fall II. Cholecystektomie wegen Kalkulose; ein Teil der Steine saß in der Blasenwand; daher Cystektomie; des weiteren fanden sich 27 Steine im dilatierten Cysticus, dessen Wandungen ans Peritoneum fixiert wurden.

Demons (Bordeaux): Nephrotomie dans l'anurie calculeuse.

D. hat die Operation als einer der ersten ausgeführt: sie entlastet und regt die Niere zur Sekretion an.

Villar (Bordeaux): Méthode rationelle de castration dans les cas de tumeurs malignes du testicule.

V. glaubt, daß bislang auf die gleichzeitige Entfernung der Drüsen etc. bei



bösartigen Hodengeschwülsten zu wenig Gewicht gelegt worden sei. Er bedient sich eines Schnittes, der dem Poupart'schen Bande entlang bis nahe an die Spin. il. ant. sup. und von da senkrecht bis in die Gegend des Nabels verläuft. Der Leistenkanal wird gespalten, das Bauchfell abgeschoben etc.

Pousson (Bordeaux) hat sich bereits des gleichen radikalen Vorgehens bedient.

Gangolphe (Lyon) meint, daß mit der Ausdehnung der Operation auf Drüsen und Samenstrang nicht viel mehr erreicht werde als mit der einfachen Kastration.

Tédenat (Montpellier) stimmt dem zu.

Calot (Berck-sur-mer): Le traitement de la tuberculose de l'épididyme et du testicule.

Die Behandlung soll unbedingt auf die Erhaltung des Organes bedacht sein. Bei Vorhandensein von Fisteln macht C. sklerosierende Injektionen mit Naphtholkampfer; geschlossene Abszesse behandelt er wie jeden anderen kalten Abszeß; Infiltrationen mit mäßiger Hydrokele werden punktiert mit nachträglicher Injektion in die Vaginalis oder den Herd selbst. Seit 10 Jahren hat C. 20 Fälle heilen sehen ohne Kastration, die nicht einmal logisch sei. Sie komme nur in Frage bei armen Handwerkern, wo die Behandlungsdauer aus materiellen Gründen abzukürzen sei.

Peyrot et Souligoux (Paris): Traitement de l'ectopie testiculaire.

Redner haben 14mal Hodenektopie mit angeborenen Brüchen zusammen operiert. Die Kürze und Spannung des Samenstranges suchen die Hoden nach oben zu ziehen, die Kontraktilität des Hodensackes ihn auszustoßen. Deshalb wird der Samenstrang in seiner ganzen Länge durch seitliche Nähte fixiert und die Tunica dartos des Hodensackes über dem Hoden durch eine Art Tabaksbeutelnaht zusammengezogen. **Christel** (Metz).

(Schluß folgt.)

---

14) **E. Braatz.** Schrauben-Mundsperrer.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

Das Instrument hat eine feste Handhabe, mittels welcher die Branchen im geschlossenen Zustande zwischen die Zahnreihen eingeführt werden; ist dies geschehen, so wird der Griff gedreht, und nun treten die plattenförmigen Branchen parallel auseinander und öffnen den Mund, soweit als man es wünscht. (Beziehbar von Heldt, Königsberg i/Pr., Steindamm.) **Kramer** (Glogau).

15) **M. Liese.** Ein neuer Griff mit Sperrvorrichtung für scheren- und zangenförmige chirurgische Instrumente.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 2.)

Die Griffe dieser Instrumente zeichnen sich dadurch aus, daß die Sperrvorrichtung an der Außenseite der Faßringe angebracht ist, und alle Ecken und Winkel vermieden sind. **Kramer** (Glogau).

16) **Netter.** Efficacité de l'argent colloïdal (collargol) dans le traitement des maladies infectieuses.

(Société méd. des hôpitaux 1902. Dezember.)

Verf. hat das Silber, meist in der Form der Salbeneinreibung, bei den verschiedenartigsten infektiösen Erkrankungen mit Erfolg verwendet, so z. B. bei Pneumonie mit eitrigem Pleuraerguß, bei schwerer Diphtherie und bei einer Pyämie nach Gesichtsfurunkel mit Gelenkschwellungen und Abszeßbildung in den inneren Organen; ein Nierenabszeß wurde durch Nephrotomie eröffnet, ein Beckenabszeß brach spontan durch; nach den Einreibungen ließ das remittierende Fieber prompt nach und es trat rasche Besserung ein.

Das Collargol scheint nach N.'s Erfahrungen nicht nur gegenüber Eiterbakterien, sondern auch gegen andere Keime (Diphtheriebazillus, Pneumokokkus

wirksam zu sein. Rascher Abfall der Temperatur, schnelle Besserung des Allgemeinzustandes, manchmal auch des lokalen Befundes, waren die hervorstechendsten Erscheinungen nach der Collargolbehandlung. **Mohr** (Bielefeld).

17) **Balzer et Faure-Beaulieu.** Paralysie faciale syphilitique précoce.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 643.)

Verff. stellten folgenden Fall vor: 50jähriger Mann bekommt etwa einen Monat nach der Infektion einen Schanker im Sulcus coronarius, 3 Wochen später papulöses Exanthem, etwa 10 Tage nachher, während des Aufenthaltes im Hospital, abends heftige Kopfschmerzen in der linken Schläfen- und Augengegend. Nach 4—5 Stunden ist der Schmerz wieder verschwunden, am nächsten Morgen (also etwa 10 Wochen nach der Infektion) linksseitige Facialislähmung, welche sich unter Quecksilberbehandlung rasch bessert.

In der Diskussion wird über ähnliche Fälle berichtet.

Klingmüller (Breslau).

18) **Matzenauer.** Brustdrüsensyphilis im Frühstadium.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 40.)

Die Brustdrüsensyphilis im Spätstadium entwickelt sich gewöhnlich in schleichender Weise und weist umschriebene knollige Infiltrate auf, eigentliche Gummiknoten, die mitunter schon zur Verwechslung mit Karzinom, Adenom oder Fibrom geführt haben. Im Frühstadium dagegen pflegt innerhalb weniger Tage eine mehr diffuse Schwellung der Mamma aufzutreten, meist einseitig, mitunter doppelseitig, die sich relativ rasch ausbreitet, leichte Entzündungserscheinungen und Schmerzen verursacht. — Im ganzen sind 62 Fälle bekannt, meist kamen sie innerhalb des ersten Jahres zur Beobachtung. — In dem einen der von M. mitgeteilten Fälle kam es zu einer eitrigen Einschmelzung des Drüsengewebes, was bislang noch nicht beobachtet worden ist. — Die Affektion betrifft ebenso Männer wie Frauen und verdient differentialdiagnostisch auch die Aufmerksamkeit des Chirurgen.

Hübener (Dresden).

19) **A. Diehl.** A case of cutaneous horn.

(Buffalo med. journ. 1902. Dezember.)

Bei dem 45jährigen Manne war vor 5 Jahren ein Karzinom der Unterlippe rechterseits entfernt worden. 3 Jahre später begann die Entwicklung eines Hauthorns an der anderen Seite der Lippe, welches schließlich bis zu 5 cm Länge wuchs; Entfernung desselben mit Ausschabung und Kauterisation der Basis. Das Innere der Basis des Horns war von weicher, papillomatöser Beschaffenheit; das Gebilde nahm wahrscheinlich von einer gewöhnlichen Warze seinen Ursprung.

Mohr (Bielefeld).

20) **Anderson and Power.** An interesting case of intestinal perforation in typhoid fever complicated by appendicitis. Operation. Recovery.

(Pacific med. journ. 1902. Nr. 10.)

In der 6. Woche einer Erkrankung an Typhus trat bei einem Manne unter starken Schmerzen, Erbrechen, Kollaps, subnormaler Temperatur und schnellem, fadenförmigem Pulse eine Darmperforation ein. 5 Stunden später wurde von A. die Bauchhöhle eröffnet und 5 Perforationsöffnungen von Vogelschrot- bis zu Rehpostengröße am Ileum, 12 Zoll von der Ileocoecalklappe entfernt, angetroffen. Diese Öffnungen lagen in einem Peyer'schen Plaque und wurden mit Lembert-schen Nähten durch Katgut übernäht. Die Bauchhöhle wurde mit Kochsalzlösung ausgespült und dann bis auf eine für den Tampon bestimmte Öffnung geschlossen. Während der nächsten 3 Tage wurde die Bauchhöhle alle 8 Stunden, während der 3 darauf folgenden 2mal täglich mit Kochsalzlösung ausgespült. Am 9. Tage wurde die Drainage fortgelassen und die Öffnung vernäht; nach einigen Wochen war Pat. geheilt.

Nach Ansicht des Verf. kommen Darmperforationen in 6% der Fälle vor, meistens in der 3. Woche der Erkrankung; in 82% sitzen sie am Ileum, in 18% am Dickdarm. Bisher ist bei 95% der Darmperforation der Tod eingetreten, durch frühzeitige Operation, am besten 4—8 Stunden nach der Perforation, lassen sich erheblich bessere Resultate erzielen. Kochsalzinfusionen subkutan und nach der Operation in die Bauchhöhle, salinische Abführmittel vom 2. Tage nach der Operation an sind für einen guten Heilerfolg von großer Wichtigkeit.

Herhold (Altona).

21) **Bégouin.** Appendicite et oxyures.

(Revue française de méd. et de chir. 1902. Nr. 4.)

24jährige Pat., welche mehrfach Schmerzanfälle in der rechten Fossa iliaca durchgemacht hatte. Die Diagnose schwankte zwischen chronischer rezidivierender Appendicitis und rechtsseitiger Ovarialerkrankung. Operation: Eierstock cystisch, wird entfernt. Wurmfortsatz äußerlich normal, jedoch etwas steif, Resektion desselben; seine Höhlung enthält 15 lebende Oxyuren, die zum Teil zusammengeballt sind, Schleimhaut leicht geschwürig.

Verf. ist geneigt, in diesem speziellen Falle die leichten appendicitischen Erscheinungen auf die Oxyuren zurückzuführen, während im allgemeinen die Oxyuren jedenfalls nur eine sehr geringe Rolle in der Ätiologie der Appendicitis spielen.

Mohr (Bielefeld).

22) **Ferrier.** Appendicite pneumococcique.

(Société méd. des hôpitaux 1902. Oktober.)

Bei dem an schwerer krupöser Pneumonie gestorbenen Pat. fand sich der Wurmfortsatz bei der Autopsie vergrößert, mit eitrigem Inhalt und ulcerierter Schleimhaut; keine Verwachsungen, kein Exsudat; im Eiter zahlreiche Pneumokokken und Bakterium coli. Deutliche Symptome einer Appendicitis waren während des Lebens nicht vorhanden gewesen.

Sevestre berichtete im Anschluß hieran über ein 4jähriges Kind, bei dem 24 Stunden nach Beginn der Erkrankung ein umschriebener Erguß in der rechten Darmbeingrube auftrat. In dem durch Inzision entleerten Eiter fast ausschließlich Pneumokokken. Während der sich lange hinziehenden Rekonvaleszenz trat eine typische Pneumonie auf. Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

23) **Menetrier et Gauckler.** Cancer de l'estomac, du canal thoracique et des ganglions sous-claviculaires gauches.

(Société méd. des hôpitaux 1902. Oktober 31.)

Verff. beschreiben einen auch histologisch genau untersuchten Fall von eigenartiger Metastasierung eines Magenkarzinoms. Von dem diffusen Karzinom aus wurden zunächst die Lymphbahnen der Nachbarschaft ergriffen und von hier aus der Ursprung des Ductus thoracicus. Die mit der Lymphe verschleppten Krebszellen führten zu Thrombose der Jugularis und Subclavia in der Umgebung der Einmündungsstelle des Ductus und sekundär auch zu Verschluß desselben. Während durch die Blutbahn keine weiteren Metastasen zustande kamen, trat nun infolge der Verlegung des Ductus thoracicus eine allgemeine Lymphstase und, begünstigt durch dieselbe, eine retrograde Verschleppung von Karzinomzellen in die Lymphbahnen fast sämtlicher inneren Organe auf. Die durch die Lymphstase verursachten, ursprünglich serösen Ergüsse in die Brust- und Bauchhöhle nahmen infolge der reichlichen Beimischung von fettig entarteten Krebszellen chylöse Beschaffenheit an. Diese chylusähnlichen Ergüsse hatten also direkt nichts mit dem Verschluß des Ductus thoracicus zu tun. **Mohr** (Bielefeld).

24) **Gross.** Die syphilitische, fibröse Darm- und Magenstriktur. (Aus der chirurgischen Klinik zu Jena.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

Die mitgeteilten zwei Fälle von fibröser Pylorus- und Darmstenose waren dadurch von besonderem Interesse, daß die Schleimhaut an den Strikturstellen voll-

kommen unversehrt war; die fibrös-hyperplastische Entzündung betraf lediglich die Submukosa und Muskularis nebst Serosa. Da weder tuberkulöse noch neoplastische Veränderungen nachweisbar waren, mußten trotz Fehlens sonstiger syphilitischer Herde und gummös-geschwüriger Prozesse die ausgedehnten Strikturen als bindegewebige Endprodukte der einfach entzündlichen Form syphilitischer Erkrankung aufgefaßt werden, zumal die Serosa die charakteristischen strahligen Trübungen und unregelmäßigen, sehnigen Auflagerungen zeigte.

Kramer (Glogau).

25) **Kehr.** Ein Fall von ausgedehnter Resektion des Ductus choledochus und hepaticus wegen Carcinoma choledochi mit nachfolgender Ektomie der Gallenblase und Hepatikoduodenostomie.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 3.)

Bei Krebs des Choledochus und Hepaticus ist bisher erst einmal von Czerny eine Radikaloperation ausgeführt worden, während Palliativeingriffe (Anastomosen zwischen Gallenblase bezw. Choledochus und Darm) öfters gemacht sind. Der von K. mitgeteilte Fall ist der erste erfolgreich radikal operierte; er betraf einen 53jährigen Mann mit chronischem, zunehmendem, sehr intensivem Ikterus, bei Fehlen von Koliken, mit großer, aber schmerzloser Gallenblase und vergrößerter Leber. Die Krankheitserscheinungen wiesen auf einen chronischen Choledochusverschluß durch eine Geschwulst hin; möglich erschien, daß der Verschluß durch eine Pancreatitis chron. interstit. bedingt sei. Die Operation, welcher Magenspülungen und Klysmata von Chlorcalciumlösung (zur Verhütung cholämischer Blutung) vorhergingen, ergab ein gut abgegrenztes, von der prall gefüllten Vena portarum abhebbares Karzinom des Ductus choledochus und hepaticus. Unterhalb desselben war der Choledochus stark verengt, oberhalb der Hepaticus sehr ausgedehnt, so daß nach der Resektion von $3^1/_2$ cm eine circuläre Naht der stark retrahierten und ungleichen Lichtungen dieser Gänge unmöglich war und die Einpflanzung des Hepaticus in das Duodenum mit Übernähen eines breiten Netzzipfels an der Nahtstelle notwendig wurde; der Choledochus wurde unterbunden und versenkt. Die große, mit wasserklarer Flüssigkeit stark angefüllte Gallenblase, deren Cysticus einen haselnußgroßen Stein enthielt, wurde mit jenem und dem resezierten Choledochus resp. Hepaticus in toto entfernt; Tampon nach dem wunden Leberbett etc.

Im Verlaufe p. op. traten peritonitische Symptome nicht ein; das gallige Erbrechen, eine Folge der leichten Abknickung des hochgezerrten Duodenums, hörte nach Magenspülungen und Lagerung des Kranken auf die rechte Seite auf. Heilung.

Kramer (Glogau).

26) **Penkert.** Über idiopathische Stauungsleber. (Verschluß der Venae hepaticae.)

(Virchow's Archiv Bd. CLXIX. p. 337.)

Bei einem 22 Monate alten Knaben, der von Geburt an einen etwas aufgetriebenen Leib hatte, nahm der Umfang desselben in den letzten Wochen stärker zu, so daß Atemnot eintrat. Es fand sich eine stark vergrößerte Leber und Stauungsascites. Die Diagnose schwankte zwischen Geschwulst und angeborener Lebersyphilis. Zweimalige Punktion der Flüssigkeit, sowie die Talma'sche Operation hatten keinerlei Einfluß, das Kind starb. Bei der Sektion fanden sich hochgradige Veränderungen an den Vv. hepaticae, infolge deren die enorme Stauungsatrophie der Leber und der Ascites aufgetreten waren. Die Lebervenen waren teils enorm verengt und nur für ein Roßhaar durchgängig, teils bildeten sie vollkommen obliterierte Stränge.

Verf. faßt diese Gefäßveränderungen als eine angeborene Mißbildung auf. Ein Teil der Lebervenen war von vornherein verschlossen, worauf kleine Einziehungen und Grübchen hindeuteten, hinter welchen die Venenlichtung vollkom-

men aufhörte. Ein anderer Teil war zu eng angelegt und ist nachträglich noch obliteriert.

Verf. belegt diese bisher fast noch unbekannte Erkrankung mit dem Namen »idiopathische Stauungsleber«. **Fertig** (Göttingen).

27) **Miodowski.** Beitrag zur Pathologie des primären und sekundären Gallengangskarzinom.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIX. p. 117.)

Verf. gibt eine Übersicht über die bisher bekannten 37 Fälle von primärem Choledochuskarzinom und berichtet über 4 weitere selbst beobachtete, deren klinische und anatomische Befunde er beschreibt. Die Pat. starben fast alle an Cholämie; 2 waren vorher wegen Cholecystitis und Gallensteinen operiert worden. Bei dem ersten Falle saß die Neubildung im duodenalen Ende, beim zweiten und dritten im oberen Ende des Choledochus und im vierten Falle 1 cm oberhalb der Papilla duodeni. Die Leber war in den meisten bekannten Fällen vergrößert, fast immer bestand Ikterus, in $^1/_3$ der Fälle waren Gallensteine vorhanden.

In einem weiteren Teile seiner Abhandlung kommt Verf. auf ein primäres Blinddarmkarzinom zu sprechen, welches durch seine Metastasen die Erscheinung eines Karzinoms der Gallenwege gemacht hatte, und beschreibt dann im Anhang noch ein gänseeigroßes primäres Karzinom (Zottenkrebs) des Ductus hepaticus.

Fertig (Göttingen).

28) **Mönckeberg.** Über einen Fall von Doppelkarzinom der Gallenblase, zugleich ein Beitrag zur Metaplasiefrage.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIX. p. 359.)

Es wird hier über einen Fall berichtet, wo in einer Gallenblase sich ein Plattenepithelkarzinom mit Hornperlen neben einem Adenokarzinom fand; beide Geschwülste gingen ineinander über. In den Metastasen waren ebenfalls beide Geschwulstarten vorhanden. Was die Entstehung anlangt, so hält Verf. die Annahme einer doppelten Geschwulstbildung für die wahrscheinlichste. Infolge der chronischen Entzündungsreize und der Steine sei eine partielle Umwandlung des Cylinderepithels in Plattenepithel hervorgerufen worden und auf dem Boden dieser Prozesse sei es dann zu der doppelten Geschwulstbildung gekommen.

Fertig (Göttingen).

29) **Hellendall.** Über die Untersuchung von zwei Fällen von epigastrischen Doppelmißbildungen mittels Radioskopie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 2.)

H. hatte Gelegenheit, an der Straßburger chirurgischen Klinik einen lebenden Epigastrius mit Röntgenstrahlen zu untersuchen.

Der Parasit hing, ohne Eigenbewegung zu machen, an der Vorderfläche des Rumpfes; er besteht aus zwei Massen, von denen die eine in der Gegend des Proc. xiphoideus des Knaben, die andere in der Mitte zwischen Nabel und Proc. xiphoideus durch ein strangartiges Gebilde befestigt ist. Jede dieser Massen besteht aus einem Mittelstück und zwei Extremitäten. Die unteren entsprechen, wie auch das Skiagramm zeigt, den unteren Extremitäten, während die oberen als Arme aufzufassen sind.

Das Röntgenbild zeigt beiderseits nicht völlig ausgebildete Oberextremitäten, die Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

Der zweite Fall stammt aus der pathologisch-anatomischen Sammlung. Der Epigastrius hat wahrscheinlich gar nicht gelebt, die Röntgenbilder zeigen ganz ähnliche Verhältnisse. **H. Wagner** (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 19. **Sonnabend, den 9. Mai.** **1903.**

Zur Behandlung der Knochenhöhlen in der Tibia und im Calcaneus.

Von

Prof. **Carl Bayer** in Prag.

Angeregt durch die Mitteilung F. v. Mangoldt's (v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX, Hft. 1 u. 2, p. 82 ff.; Ref. d. Zentralblatt 1903, Nr. 16), erlaube ich mir auf ein sehr einfaches Verfahren aufmerksam zu machen, welches sich mir wiederholt schon bewährt hat, indem es sehr ausgedehnte, breite, rinnenförmige Höhlen der Tibia nach Nekrotomien in kürzester Zeit zur Überhäutung brachte.

Nach Entfernung der Sequester unter Esmarch, Säuberung der Höhle von faulen Granulationen und Desinfektion wird die ganze Höhle in eine Rinne mit glatten Wänden umgewandelt. Mit Meißel, Luer, Löffel werden alle Leisten und Buckel geglättet und dann sämtliche

Weichteile nach beiden Seiten samt dem Periost soweit zurückgeschoben, daß nach dem Vorschlage Schultén's die beiderseits emporstrebenden Knochenränder flach abgetragen werden können. Damit wird die Rinne wesentlich verflacht und fallen die der Benarbung hinderlichen Knochenränder weg. Um dies alles für den folgenden Akt der Hautverschiebung geeignet herzustellen, ist es in vielen Fällen notwendig, den ursprünglichen Weichteilschnitt weiter ab- und aufwärts über den schon gesunden Knochen zu führen und auch diesen rinnenförmig auszumeißeln. Mit einem scharfen, guten Hohlmeißel geht die Arbeit rasch vor sich.

Ist der Knochen auf diese Art für die Deckung mit Haut geeignet hergestellt, so werden die beiden seitlichen Haut-Periostlappen

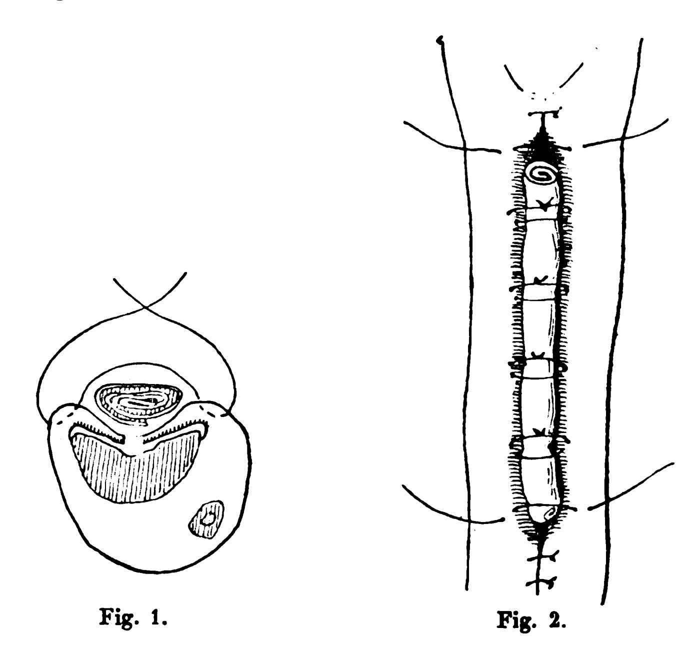


Fig. 1. Fig. 2.

einfach gegen die flache Rinne geklappt; es ist selbstverständlich, daß alle Fistelränder der Hautlappen sorgfältig exzidiert werden müssen. Die Wunde, trocken getupft, wird mit Jodoformpulver angestäubt oder mit Jodoform-Glycerin ausgegossen. Auf die in die Rinne geklappten Haut-Periostlappen wird eine etwa zwei Querfinger breite und der Länge der Wunde entsprechende Jodoformgazerolle so gelegt, daß sie die ganze Rinne ausfüllt und in dieser Lage durch mehrere Suturen, deren Anlegung aus der beistehenden Zeichnung ersichtlich, erhalten. Die Nähte haben außerdem den Zweck, die Haut-Periostlappen exakter in die Rinne hineinzuschieben und mittels der Jodoformgazerolle flach dem Knochen anzudrücken. Fig. 2 veranschaulicht das Bild der komplett versorgten Wunde nach Nekrotomie. Reichliche Krüllgaze, ein Holzwollemantel und Watte

bilden den äußeren Verband. In der Regel kann er 8—10 Tage ruhig liegen bleiben. Beim Verbandwechsel findet man wohl einige der Suturen »durchgeschnitten«, doch kommen die kleinen Hautwunden kaum in Betracht. In der Rinne liegen die Lappen gut angelegt, in der Mitte von einem festen Blutschorf verkittet. Wohl zerfällt dieser in der Folge stellenweise; doch heilt der mittlere schmale Streifen regelmäßig rasch zu durch Überhäutung von den nahen Hauträndern her.

Die ganze Heilungsdauer wird gegenüber jener nach Tamponade wesentlich abgekürzt, ganz abgesehen von der enormen Erleichterung für den Kranken.

Ganz ähnlich verfahre ich schon seit Jahren bei der Versorgung der Höhlenwunden nach Calcaneus-Nekrotomien. Nach Ausräumung der zentralen Partien wird die Höhle sauber ausgespritzt, die Randzacken geglättet und Jodoform-Glycerin eingegossen. Naht des Weichteilschnittes (gewöhnlich Bogen- oder T-Schnitt) bis auf die Mitte, wo eine bohnengroße Lücke offen gelassen wird. Nachfüllen von Jodoform-Glycerin 1—10%. Protektive, Gazepolsterverband.

---

1) **D'Arcy Power.** A further investigation into the causation of cancer.

(Edinb. med. journ. 1902 Juni.)

Um nachfolgenden Untersuchern Arbeit zu ersparen, veröffentlicht Verf. das negative Resultat seiner Untersuchungen von aus »cancer houses« stammenden Stechfliegen. Er fand in den Geweben dieser Fliegen keine Bestandteile, welche geeignet erscheinen könnten, Karzinom zu übertragen. **Willemer** (Ludwigslust).

2) **F. Watson** and **T. Bailey.** Some observations upon the value of the phloridzin test for estimating the functional capacity of the kidneys-renal sufficiency.

(Med. and surg. reports of the Boston city hospital 1902. 13. series.)

Verff. griffen, um den Wert der Phloridzinprobe zum Nachweis der Funktionstüchtigkeit der Nieren nachzuprüfen, auf ihre früheren Versuche zurück, bei welchen sie mit den bisher üblichen Methoden der Harnanalyse den Einfluß von Äther und Chloroform auf die Nierensekretion geprüft und gefunden hatten, daß in der Mehrzahl der Fälle Eiweiß, Zellen und sonstige Zeichen von Nierenstörung nachzuweisen waren. Diese Versuche nahmen sie nun in der Weise wieder auf, daß sie im ganzen 70 Fälle untersuchten, bei denen einmal vor der Anästhesierung zwei Urinproben untersucht wurden in Pausen von einer halben resp. einer Stunde (»präliminare Proben«) und zweitens je zwei Proben in gleichen Zeitabständen nach Beginn der Äthernarkose (Ätherproben«). Bei normalen Nieren waren die mittleren Zuckerprozentzahlen bei den präliminaren Proben 0,44%

resp. 0,38%; es war also die Zuckerausscheidung in der ersten halben Stunde 0,6% größer; bei den Ätherproben stiegen die Zahlen auf 0,68% und 0,53%; es wird also eine erhebliche Steigerung der Zuckerausscheidung hervorgerufen. Auch die Ziffer nach der ersten Stunde steigt um mehr als das Doppelte, auf 1,5%.

In den Fällen von Nierenerkrankungen, von denen 12 verwertbar waren, und welche ganz verschiedene chirurgische Erkrankungen mit Ergriffensein der Nieren darstellten, waren die Zahlen für präliminare Proben 0,21 und 0,20% und die entsprechenden für Ätherproben 0,22 und 0,20. Es ist also ein ganz erheblicher Unterschied gegen die ersten Zahlen vorhanden, sowohl hinsichtlich der geringen Menge der Zuckerausscheidung, als in der kleinen Differenz zwischen der ersten und zweiten halben Stunde.

Konnte so die Feinheit der Reaktion deutlich nachgewiesen werden, so verfügt Verf. andererseits auch über eine Anzahl von Fällen, in denen der Wert derselben in merkwürdigem Licht erschien; so z. B. 7 Fälle, in denen nicht die leiseste Nierenerkrankung nachgewiesen werden konnte, und die trotzdem nur Werte von 0,13 bis 0,18 resp. 0,11—0,16% ergaben. Andererseits eine zweite Gruppe von 6 Fällen, bei denen die Phloridzinprobe ebenfalls zu Täuschungen führte; so z. B. zwei Kranke mit deutlicher Nephritis chronica, bei denen trotzdem auffallende Prozente von 1,30 resp. 0,47 gefunden wurden; dann zwei Kranke mit schwerer Prostatahypertrophie, beide mit sehr geringen Zuckerwerten (0,12% und 0,15%). Die Prostatektomie führte bei dem ersten zum Tode, bei dem zweiten zu absolut glatter Heilung; spätere Proben ergaben bei dem ersten 0,10%, bei dem zweiten die überhaupt höchste Ausscheidungsziffer der Reihe — 2%; endlich interessiert noch ein Fall mit dem niederen Prozentgehalt von 0,9, der nach einer Nephrektomie eine ausgezeichnete Heilung durchmachte, und dessen eine Niere zeitweise mehr Zucker ausschied, als früher beide Nieren zusammen. **Scheuer** (Berlin).

---

3) **E. Hahn.** Über Wanderniere und chirurgische Behandlung derselben.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 354.)

Die Arbeit ist ein schöner Nachlaß des leider so früh verstorbenen, durch seine Urheberschaft der Nephropexie um die Wanderniерentherapie hoch verdienten Verf.'s. Dieselbe gibt in gedrängter Kürze einen erschöpfenden Überblick über ihren Gegenstand, den der Verf. selbstverständlich nach jeder Richtung hin meisterlich beherrscht. Da das Studium der Originalabhandlung wohl kaum von einem Chirurgen versäumt werden wird, sei aus ihrem Inhalt nur auf folgende interessantere Punkte besonders hingewiesen. Die Wanderniere, und zwar fast ausschließlich die rechtsseitige (die linke Niere ist vor Lockerung durch bessere normale Fixationen ge-

sicherter), überwiegt durchaus beim weiblichen Geschlecht, von welchem ein Prozentsatz von 1:5,5 Wanderniere zeigt. Ihre häufigste Ursache sind Geburten; das Schnüren kommt nicht in Betracht, da auch die sich nicht schnürenden Araberinnen häufig Nierenbeweglichkeit zeigen. Zu den Fällen, welche Beschwerden machen, sind letztere wahrscheinlich durch Abknickung der Gefäße und hiermit bedingte Circulationsstörungen zu erklären; die sogenannten Einklemmungserscheinungen dürften auf Harnleiterknickungen zu beziehen sein. Nur nach Versagen anderweitiger Behandlung, insbesondere durch Bandagen, ist als ultimum refugium operativ einzuschreiten. Die Nephrektomie kommt hierbei niemals mehr in Frage, da von 42 publizierten Operationen der Art 6 Kranke an Urämie wegen Fehlens der zweiten Niere gestorben sind. Die von H. in die Praxis eingeführte künstliche Fixierung durch Naht ist in mannigfacher Modifikation ausgeführt, worüber H. eingehenden Überblick gibt. Insbesondere schildert er das eigene Verfahren. Wenn durch dasselbe allerdings die Niere an einem abnormen, und zwar tieferen Orte als normal befestigt wird, bedeutet dies keinen Fehler; denn desungeachtet ist die Operation erfahrungsgemäß imstande, die mit ihr bezweckte Beseitigung der Beschwerden zu leisten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **G. J. Winter.** Über einseitige angeborene Nierendefekte, nebst einem Falle von Nierencyste in der Solitärniere.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Krankengeschichte eines Pat., der wegen einer Nierencyste operiert worden war und infolge Defekts der anderen Niere rasch starb. Cystoskopie und Harnleiterkatheterismus waren nicht vorgenommen worden.

Verf. teilt die angeborenen Nierendefekte in drei Gruppen ein: Die eigentlichen angeborenen einseitigen Nierendefekte, bei welchen die andere Niere schon von Geburt an völlig spurlos fehlt; ferner diejenigen Fälle, in denen beide Nieren vorhanden, aber zu einem Organe verwachsen sind, und drittens diejenigen, in welchen beide Nieren ursprünglich vorhanden waren, aber die eine völlig oder größtenteils degeneriert und atrophisch geworden ist. Nur die erste Gruppe unterzieht Verf. einer genaueren Besprechung. Von 237 in der Literatur publizierten Fällen fehlte die Niere 129mal links, 98mal rechts. Der angeborene Nierendefekt kommt doppelt so oft bei Männern als bei Frauen vor. Meist wurde die Anomalie in mittleren Jahren, zwischen 20 und 25, konstatiert. Aber man kann mit einer Solitärniere das höchste Lebensalter erreichen. Auf der Seite, wo die Niere fehlt, sind auch gewöhnlich keine Blutgefäße vorhanden. Der Harnleiter fehlt beinahe überall. Nur in 18 Fällen war er teilweise angelegt, meist sehr dünn und nur an dem vesikalen Ende einige Centimeter weit für die Sonde durchgängig. In einer Reihe

von Fällen fehlte die eine Hälfte des Trigonum Lieutaudi, und 5mal mündete der einzige Harnleiter in der Mitte der Blase. Die Solitärniere ist meist kompensatorisch hypertrophiert. In 63 Fällen wies sie einen mehr oder weniger pathologischen Zustand auf. Die Form der Niere war meist normal, die Blutgefäße, je eine Arterie und Vene, stets dicker wie gewöhnlich. Ebenso war das Nierenbecken oft vergrößert und der Harnleiter dicker als gewöhnlich. Die Glandula suprarenalis fehlte in 25% der Fälle. Eine Kombination mit Unregelmäßigkeiten im Generationsapparat war recht häufig, was bei dem embryologischen Zusammenhange zwischen uropoetischem und urogenitalem System nicht Wunder nehmen kann. Die Defektbildung in den Genitalien kommt nur auf der Seite vor, wo die Niere fehlt, und zwar meist bei Frauen. Die gewöhnlichste gleichzeitige Abnormität war eine solche der Gebärmutter, der Uterus unicornis. In selteneren Fällen fand man den Uterus bifidus, didelphis und duplex. In 2 Fällen war die Scheide doppelt, in zwei anderen fehlte sie völlig. Der Hoden fehlte auf Seiten des Nierendefektes nur 4mal, war aber bisweilen kleiner als gewöhnlich und atrophisch.

Von pathologischen Zuständen kamen verschiedene Nephritisformen vor; besonders häufig waren Nieren- und Harnleitersteine. Sie bestanden in 8% aller Fälle von Solitärniere. Die übrigen Erkrankungen bestanden in Tuberkulose, Hydronephrose, Geschwülsten verschiedener Art, cystischer Degeneration und Echinokokkus. Operationen an Solitärnieren müssen mit größter Vorsicht ausgeführt werden, sind aber gegebenen Falls außer der Nephrektomie erlaubt und auch schon erfolgreich gewesen. Wichtig ist natürlich besonders bei beabsichtigten chirurgischen Eingriffen die Diagnose der Solitärniere. Sie muß sich auf alle möglichen Hilfsmittel stützen. Bei der äußeren Untersuchung ist diejenige der Genitalorgane wichtig, da, wie oben berichtet, Defekte an denselben auf Defekte einer Niere hinweisen können. Die Tastung ist nur dann verwertbar, wenn man beide Nieren fühlt; doch kann sich die Niere der Betastung entziehen und doch vorhanden sein. Kocher empfiehlt bei der Operation selbst beide Nieren abzutasten. Am besten führen natürlich Cystoskopie und Harnleiterkatheterismus zum Ziel, obschon gerade diese Methoden bei der Solitärniere wegen der anatomischen Veränderungen oft nicht so anwendbar sind, wie es wünschenswert wäre.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

5) **Simmonds.** Über Nebennierenblutungen.

(Virchow's Archiv Bd. CLXX. p. 242.)

Verf. berichtet über 7 Fälle von Nebennierenblutung infolge Thrombose des Stammes oder der Hauptäste der Nebennierenvene, ferner über 4 Fälle, in welchen die Blutungen durch kapillare Embolien von Bakterien eingetreten waren, und kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1) Kleine Ekchymosen der Nebennieren kommen bei verschiedenen Infektionskrankheiten häufig vor und sind als toxische Blutungen aufzufassen.

2) Hämorrhagische Infarzierung beider Nebennieren führt oft unter peritonitischen und Kollapserscheinungen zum Tode.

3) Nebennierenblutungen können gelegentlich zu mächtigen Hämatomen führen.

4) Nebennierenblutungen kommen unter folgenden Bedingungen vor:

a) durch traumatische Einflüsse — hierher sind auch die bei Neugeborenen beobachteten Blutungen zu rechnen;

b) bei hämorrhagischer Diathese;

c) durch Nebennieren — Venenthrombose;

d) durch bakterielle Kapillarembolien.

Die Venenthrombose stellt die häufigste Ursache der Blutungen dar, nächstdem folgen die durch Kapillarembolien veranlaßten Hämorrhagien.

5) Die Thrombosen können Stamm oder Hauptäste der Nebennierenvene betreffen, sie kommen in beiden, oder nur in dem rechtsseitigen Organ vor. Sie sind als marantische Thrombosen aufzufaßen, kommen in der Regel nur bei chronisch erkrankten Individuen vor. Die eigenartige Gefäßverteilung der Nebennieren begünstigt ihre Entstehung. Eine primäre Nebennierenerkrankung liegt in diesen Fällen nicht vor.

6) Auf Bakterienembolien beruhende Blutungen wurden auch in den Fällen beobachtet, wo weder klinisch noch anatomisch eine septische Erkrankung nachgewiesen werden konnte.

7) Nebennierenblutungen können zur Verödung des Organs führen.

Fertig (Göttingen).

---

6) **Küstner** (Breslau). Die plastische Verwendung der Portio supravaginalis zum Verschluß von Blasen-Scheidenfisteln.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 3.)

K., welcher schon seit Jahren versuchte, Blasen-Scheidenfisteln mit Hilfe der operativ mobilisierten Portio zu decken, hat — angeregt durch eine Veröffentlichung von Wolkowitsch (Zentralblatt für Gynäkologie 1891 Nr. 43) — diese Methode zu einer typischen ausgearbeitet. Er entspannt die Blase durch zwei Momente: durch breites Abtrennen von der vorderen Cervixfläche und durch das Nachvornnähen der zu diesem Zwecke vorn (in schwierigen Fällen auch hinten) umschnittenen und mobilisierten Portio. — Scheiden-Dammschnitte sind zuweilen notwendig, um das Fistelgebiet freizulegen. Zuweilen wird die Portio erst flott nach Eröffnung des Douglas. Die isolierte Naht der Blasenwunde ist bei diesem Verfahren unnötig, da die entspannten Blasenwundränder in die Tiefe sinken und sich spontan zusammenlegen. Der Eröffnungsschnitt

umkreist im vorderen Scheidengewölbe die Portio; von den Enden dieses Schnittes aus wird ein zweiter größerer Bogenschnitt über die vordere Vaginalwand geführt, welcher die Fistelöffnung umgreift. Zwei Skizzen und elf Krankengeschichten (alle mit günstigem Heilerfolg) erläutern das Verfahren. **Kroemer** (Gießen).

Kleinere Mitteilungen.

Fraktur des rechten Humerus durch Muskelzug.

Von

Dr. med. **A. v. Brackel** in Libau (Rußland).

Frakturen der langen Röhrenknochen, direkt hervorgerufen durch nachweisbar übermäßig gesteigerten Muskelzug, gehören entschieden zu den Seltenheiten.

Zu Anfang dieses Jahres hatte ich einen derartig zustande gekommenen Bruch des rechten Oberarmknochens in Behandlung, den ein junger, kräftiger, durchaus gesunder Mann von 21 Jahren beim sogenannten »Armbiegen« sich zugezogen hatte.

Die Kraftprobe des »Armbiegens« wird so vollführt, daß sich die beiden Gegner vis-à-vis an einen festen Tisch setzen, die rechten Ellbogen fest auf den Tisch aufstemmen, die beiden Unterarme in ganz gleichem Beugewinkel zueinander erheben und die beiden mit den Volarflächen zugewandten Hände so ineinanderlegen, daß jede Hand die andere derart umklammert, daß der Daumenballen der einen in der Hohlhand der anderen zu liegen kommt. Nachdem auf diese Weise die Hände einander fest gefaßt haben, und die beiden Daumen ineinander verhakt sind, besteht die Kraftprobe nun darin, den Unterarm des Gegners, ohne den eigenen Ellbogen von der Tischplatte zu rühren — d. h. ohne die einmal eingenommene Fixationsstellung des Beugewinkels zwischen Unter- und Oberarm zu verändern —, nach außen hinüber zu drücken, bis die Dorsalseite des Unterarmes und der Handrücken vom Gegner die Tischplatte berühren.

Mein Pat. hatte eine solche Kraftprobe einmal bestanden und seinen Gegner besiegt, beim zweiten Versuch in derselben Sitzung, als der junge Mann seine Muskelkräfte aufs äußerste anspannte, gab es plötzlich einen mit starkem Schmerz verbundenen deutlich hörbaren Krach, und der Arm sank kampfunfähig in der Mitte des Oberarmes fast im rechten Winkel gebeugt auf die Tischplatte.

Pat. wurde sofort zu mir in die Klinik gebracht. Ich konstatierte eine Fraktur des Humerus dext. gleich unterhalb der Mitte desselben mit starker Dislokation des distalen Frakturendes nach innen und hinten, wodurch der Oberarm eine stumpfwinklige Knickung nach vorn und außen erhalten hatte. Durch Zug, bei welchem die Muskulatur gut entspannt war, ließ sich die Dislokation leicht beheben und die gebrochenen Knochenenden gut aneinander bringen. Pappschienenverband, Unterpolsterung der Achselhöhle, Fixation der Extremität an den Thorax. Nach 18 Tagen Abnahme des Verbandes, vollständige und gerade Konsolidierung, deutlich fühlbare feste Callusbildung. Am 20. Tage wird mit Massage und Heilgymnastik begonnen, die rasch zur Gebrauchsfähigkeit der Extremität führt. Am 43. Tage, also nach dreiwöchiger Massagekur, wird Pat. als völlig geheilt mit voller Gebrauchsfähigkeit seines rechten Armes entlassen. — Der Behandelte ist Ingenieur-Mechaniker und muß in seinem Berufe desgleichen grobe und schwere, wie auch feine, zeichnerische Arbeiten vollführen, die er, wie ich mich zu überzeugen Gelegenheit hatte, jetzt $2^1/_2$ Monate nach der erlittenen Verletzung ohne jede Ermüdung und Beschwerde in vollem Umfange ausführen kann.

Daß es sich in vorliegendem Falle fraglos um eine Humerusfraktur infolge von übermäßiger Muskelanspannung handelt, wird nicht zu bestreiten sein, zumal

wenn man sich die anatomischen Verhältnisse der gesamten Armmuskulatur bei der Kraftprobe des »Armbiegens« veranschaulicht.

Wir finden die Extremität im Ellbogengelenk rechtwinklig gebeugt, den Unterarm aufrecht auf einer festen Unterlage in Pronationsstellung ruhend und sämtliche Flexoren, sowohl des Ober- wie des Unterarmes, ad maximum gespannt. In dieser Stellung soll nun ein großer Widerstand, der am distalen Ende des von Ober- und Unterarm gebildeten Winkels angreift, durch Innenrotation der in krampfhafter Beugestellung befindlichen Extremität abgewehrt, sogar überwunden werden. Um dieses zu bewerkstelligen muß in erster Linie der Beuger des Vorderarmes, der Musc. brachialis internus, ad maximum gespannt in Wirkung treten, um den Winkel zwischen Ober- und Unterarm zu verkürzen. Ist dieses erreicht, dann treten erst die Einwärtsroller der Extremität in Kraft. — Der Brachialis internus muß demnach die erste und hauptsächlichste Kraftanstrengung beim »Armbiegen« entfalten, und durch seine auf das äußerte entwickelte Kontraktur wird der Humerus, der zwischen dem Schultergelenk einerseits und dem auf der Tischplatte angestemmten Ellbogengelenk andererseits fest fixiert ist, über die Grenze seiner Elastizität nach innen gebogen und zum Bruch gebracht.

Die Stelle der Fraktur am Humerus, sowie das Zustandekommen derselben zu Anfang der Kraftprobe sprechen jedenfalls für die oben geschilderte Entstehungsweise.

Was nun die Einrichtung solcher durch übermäßigen Muskelzug bedingten Frakturen anlangt, so ist sie jedenfalls leichter und schmerzloser zu bewirken, als bei Frakturen, die durch Stoß, Fall, Quetschung oder dergleichen Ursachen entstanden sind. — Abgesehen davon, daß die Muskulatur als solche gar nicht verletzt wurde, befindet sie sich außerdem infolge der übermäßigen Kraftanstrengung in einem erschlafften Zustande, was der leichteren und schmerzloseren Einrichtung doch sicher zugute kommt.

Da ich in der Literatur nur einen einzigen ganz analogen Fall von Oberarmfraktur durch Muskelzug beim Armbiegen von Milbradt-Bernau in der Berliner klin. Wochenschrift 1902 Nr. 7 beschrieben und mit einer hübschen Abbildung der Stellung der beiden Gegner beim Armbiegen versehen gefunden habe, so stehe ich nicht an, auch meine Beobachtung hier der Öffentlichkeit zu übergeben.

Libau a. d. Ostsee im März 1903.

---

7) Congrès Français de Chirurgie.

XV. session, tenue à Paris du 20. au 25. Octobre 1902.

(Revue de chir. Jahrg. XXII. Nr. 11.)

(Schluß.)

Estor (Montpellier): Cas de torsion du cordon spermatique.

Ohne weitere Angaben.

Barette (Caen). Hernie inguinale bilatérale congénitale, avec ectopie testiculaire intra-inguinale.

Radikalkur und Orchidopexie.

Demons (Bordeaux): Fibromes des ovaires et des ligaments larges.

Diese Geschwülste verursachen häufig schwere Kachexie, Ascites, Ödeme, pleuritische Exsudate. Man möge sich durch den desolaten Zustand der Kranken nicht von der heilenden Operation abhalten lassen.

Boursier (Bordeaux): Note sur deux cas de grossesse tubaire avec avortement tubo-abdominal incomplet.

B. hat zweimal auf Grund der klassischen Symptome — Schwangerschaftsanzeichen, Geschwulstbildung neben dem Uterus, wachsendes Volumen unter häufig sich wiederholenden Schmerzanfällen — den Tubenabort diagnostizieren und durch

Laparotomie die Heilung herbeiführen können. Er betont den Vorteil der Laparotomie vor dem Scheidenschnitte.

Picque (Paris): Grossesse extra-utérine.

Im Hôpital Bichat wurden während 18 Monaten 23 Tubenaborte bezw. Rupturen beobachtet bezw. operiert. 20 wurden durch Laparotomie geheilt. Eine Pat. starb an gleichzeitig bestehender Pneumonie, eine zweite infolge Infektion bei gleichzeitig bestehender Pyosalpinx. Ein dritter Todesfall, betreffend eine Kranke mit blutig kolloiden Massen im Bauche, gehört wohl gar nicht hierher.

Lafourcade (Bayonne): Hystérectomie abdominale pour fibromes.

Bericht über seine 72 Hysterektomien wegen Myomatosis; davon 6 totale = 6 Heilungen, 66 supravaginale mit 4 Todesfällen. L. operiert nur bei genügender Indikation; die Menopause übe oft einen sehr ungünstigen Einfluß auf die Myome und das gleichzeitige Allgemeinbefinden aus.

Lapeyre (Tours): A propos de la chirurgie conservatrice de l'ovaire.

Wegen seiner Bedeutung für die Gesamtorganisation des Weibes soll der Eierstock soweit irgend möglich erhalten werden. Hat man Bedenken, daß er weiterhin zu peritonealen Reizungen Veranlassung geben könne, solle man ihn in das Lig. latum einbetten und übernähen. 10 bisher so behandelte Kranke haben sich dabei sehr gut befunden.

Calot (Berck-sur-mer): Les racourcissements et boiteries consécutifs à la coxalgie. Moyens de les guérir et de les éviter.

C. geht von dem Gesichtspunkte aus, daß die Heilung der Coxitis mit Verkürzung vermeidbar sei; in erster Linie sind von Anbeginn die Bewegung und das Gehen zu unterdrücken. Bei beginnender Verrenkung oder stärkerer, durch die Radiographie festzustellender Usur des Kopfes ist durch Anlegung eines Gipsverbandes in rechtwinkliger Abduktion die feste Ankylose anzustreben. Steht man jedoch einer beträchtlichen Verkürzung nach Zerstörung des Schenkelkopfes gegenüber, so ist der Trochanter durch geeignete Manöver, Beugung über den Leib und nachfolgende rechtwinklige Adduktion, in die Pfanne zu bringen und 2 Monate lang in derselben durch Gipsverband fixiert zu erhalten. Etappenweise wird dann zu mäßiger Adduktion übergegangen.

Ducroquet (Paris): Les résultats dans le traitement de la luxation congénitale.

D. hat Einrenkungen bis zum 16. Jahre ausführen können; die Retraktion der Kapsel — vorn und hinten entsprechend — muß in erster Linie angestrebt werden; in leichteren Fällen genügt die Spannung der Fascia lata zur Fixation des Kopfes in der Pfanne. (Leider erfahren wir nicht, womit D. die Kapselretraktion zu beeinflussen meint.)

Sodann stellt er einen mit Gelenk versehenen Celluloidapparat vor, »von äußerster Vollkommenheit«, mit dem er das Bein in jeder Stellung fixieren und ganz allmählich in die normale Stellung aus der abduzierten überführen kann. — Ferner zeigt er einen Tisch, welcher das Bein während der Fertigstellung des Apparates in absolut sicherer Weise nach der Einrenkung festhält. In der Nachbehandlung sei die Massage des Glut. med. nicht zu vernachlässigen. — 10 Kranke mit absolut normalem Gange werden vorgestellt.

Vanverts (Lille): Volumineux anévrysme poplité. Extirpation.

Die V. poplitea war vom Sacke eingeschlossen und mußte in größerer Ausdehnung reseziert werden. Besondere Sorgfalt wurde der Präparation des Nerven zugewandt, welcher mit Bindegewebe bedeckt wurde.

Ménard (Berck-sur-mer): Un cas de tuberculose du pubis.

Poncet (Lyon): Résultats éloignées d'une calcanéotomie postérieure.

Gangolphe (Lyon): Tumeur blanche sousastragalienne postérieure.

Wenn die Erkrankung — ausgehend vom Talus oder Calcaneus — die entsprechenden Gelenke und Sehnenscheiden ergriffen hat, empfiehlt sich bei Er-

wachsenen die Ablatio tali, welche neben gutem Zugange breite Drainage gestattet und vorzügliche funktionelle Resultate ergibt.

Fröhlich (Nancy): L'action anatomique définitive du rédressement manuel des pieds-bots congénitaux.

Der Effekt des Redressements ist nicht eine Veränderung in der Form der Knochen, sondern eine Luxation des Tarsus im Chopart'schen Gelenke nach oben außen. Dabei muß ein Teil des Lig. intern. und der Mm. peronei ab- bezw. durchgerissen werden. Die Equinusstellung verschwindet, indem gleichzeitig der Astragalus mehr unter die Tibia tritt infolge der Tenotomie der Achillessehne. Zur Erreichung dieses Zieles bedarf es oft 15—32 Sitzungen und eines Zeitraumes von fast einem Jahre.

Péraire (Paris): Résultats éloignés des transplantations musculo-tendineuses pour pieds-bots paralytiques.

Technik: Die Sehne des paralytischen Muskels wird von oben nach unten, die des aktiven von unten nach oben gespalten, beide gabelig ineinander durch seitliche Seidennähte eingepflanzt. Die Verheilung ist eine außerordentlich feste, die Wiederbelebung der Funktion, die Umbildung der Knochenform eine weitgehende.

Vulpius (Heidelberg): La transplantation des tendons dans les cas de paralysie de la cuisse.

Schlaffheit der Kniegelenke wird durch orthopädische Apparate oder Arthrodese beseitigt, während Kontrakturstellung bei Lähmung der Schenkelstrecker der Sehnentransplantation bedarf. Sartorius, Flexoren und Adductor magnus stehen zur Verfügung. Trotz der nicht leugbaren technischen Schwierigkeiten kann aktive Streckbewegung im Gelenke durch Ersatz des Quadriceps erreicht werden.

Mencière (Reims): Opération d'Ogston pour pied-plat valgus douloureux invétéré; confection d'une bottine plâtrée avec semelle en staffe. Utilité du traitement secondaire mécanothérapique et du dressage méthodique à la marche.

Hinzugefügt sei, daß M. die Entfernung des Talus, wie sie in letzter Zeit wiederholt empfohlen sei, verwirft. Bei der Nachbehandlung nach dem Eingriffe komme es vor allem auf die Übung der Muskeln und bei deren Abhängigkeit vom Gehirn auf dessen Schulung und Anleitung durch Zuspruch und Kommando an. Natürlich müsse auch die Mechanotherapie ihr Teil beitragen.

Delbet (Paris): Cal vicieux du cou-de-pied.

Vier Fälle von fehlerhafter Kallusbildung im Fußgelenke hatte D. operativ zu behandeln. Sie tritt am ehesten in den Fällen von Gelenkbrüchen ein, die, sei es von vornherein schwer zu reponieren, sei es schwer mittels Verbandes in guter Adaptation zu erhalten sind: d. h. 1) Brüche am hinteren Rande der tibialen Gelenkfläche — ohne Knöchelbruch; 2) dieselben mit gleichzeitigem Bruche der Fibula bezw. auch des Malleol. int.; 3) die Abduktionsfrakturen mit großer Diastase von Tibia und Fibula.

Seine Technik ist ziemlich kompliziert, gestattet ihm jedoch, nach jedem Tempo Halt zu machen und die Reposition zu versuchen. Die funktionellen Resultate sind befriedigend.

Mencière (Reims): Épaule botte paralytique avec grave impotence fonctionnelle. Correction orthopédique du membre et guérison de l'impotence fonctionnelle par une ostéotomie sus-épicondylo-épitrochléenne.

Mit dem Namen »Épaule botte« bezeichnet M. den Zustand des Schultergelenkes, bei welchem infolge der Lähmung der Außenroller der Unterarm zu keiner auf den Kopf bezüglichen Bewegung verwendbar ist. Zur Beseitigung des lästigen Zustandes hat M. als erster die als »Ostéotomie sus-épicondylo-epitrochléenne« bezeichnete Operation — die Durchsägung des Humerus oberhalb der Kondylen — und Drehung des Gelenkfortsatzes nach außen um die Längs-

achse des Oberarmes ausgeführt, mit bestem Erfolge, so daß Pat. die Hand bequem zu Mund und Kopf erheben kann.

Berger (Paris): Amputation interscapulo-thoracique.

Die Operation wurde wegen Sarkom des Schulterblattes ausgeführt. Der Kranke erlag einer Septhämie infolge von Nachblutung. B. stellt im allgemeinen fest, daß die operative Mortalität der Sarkome des Schulterblattes durch Amputation des Schultergürtels eine wesentlich größere ist als für Sarkome des Schultergelenkes, wo auf 46 Fälle nur 2 Todesfälle kommen.

Zum Schlusse Vorstellung von Kranken und Apparaten.

Christel (Metz).

---

8) **Comisso.** Über osteoplastisches Karzinom.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 50.)

Der Fall betraf einen 43jährigen Pat. der Gussenbauer'schen Klinik mit Cylinderzellenkrebs der Nase und der Nebenhöhlen, welcher unter Bildung von mächtigen Knochengeschwülsten einen großen Teil der Schädelbasis ergriffen hatte. Die Operation mußte als aussichtslos abgebrochen werden, der Pat. erlag nach einigen Tagen dem Eingriffe.

Den Hauptinhalt der Mitteilung macht die genaue histologische Beschreibung des Präparates aus, die durch drei vorzügliche Abbildungen (Mikrophotogramme) veranschaulicht wird. Das Auffallende ist die im Bereiche des auf den Knochen übergegriffen habenden Schleimhautkarzinoms entstandene starke Knochenneubildung, welche, wie bei einigen metastatischen Knochenkrebsen, zur Bezeichnung »osteoplastisches« oder »ossifizierendes Karzinom« berechtigt.

Hübener (Dresden).

9) **Margarucci.** Sull' angioma primitivo dei muscoli volontari.

(Policlinico 1902. Ser. chir. Nr. 12.)

Es gibt arterielle, venöse und kavernöse Angiome der quergestreiften Muskeln. Es sind selten vorkommende Geschwülste, an verschiedenen Körperstellen beobachtet, von langsamem Wachstum, beschränkten Dimensionen, gelappter Oberfläche, zeichnen sich durch wechselnde Füllung und Größe aus, sonst von weicher Konsistenz, event. pulsierend. Sie kombinieren sich mit Lymphangiom, mit Lipomen. Metamorphosen in Gestalt von Thrombose einzelner Partien sind häufig; Verknöcherung hat M. früher in einem Falle beobachtet. Sein neuer betraf eine halbeigroße Geschwulst, die bruchartig aus einem Schlitze in der Aponeurose des linken Rectus abdominis hervortrat, sich reponieren ließ. Die mikroskopische Untersuchung wird an der Hand einiger Abbildungen wiedergegeben. Das kavernöse Gewebe ist im Perimysium internum entwickelt, die Muskelfasern verhalten sich passiv.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

10) **Krug.** Tetanus nach Gelatineinjektionen.

(Therapeutische Monatshefte 1902. p. 282.)

11) **Margoniner und Hirsch.** Die subkutane Gelatineinjektion und ihre Gefahren.

(Ibid. p. 334.)

K. stellt 7 Fälle von Tetanus nach Gelatineinjektionen zusammen, welche beweisen, daß die bisher übliche Sterilisation der Gelatine nicht genügte. Er kommt zu dem Schlusse, daß die Gelatineinjektionen ebenso unsicher in ihrer Wirkung, wie gefährlich in ihren Folgen und daher am besten ganz zu vermeiden seien. M. und H. verkennen zwar nicht die Gefahren, betrachten aber die Injektionen als ein treffliches blutstillendes Mittel und hoffen, daß Mittel und Wege gefunden werden, um eine gefahrlose Anwendung der Gelatine zu ermöglichen.

Willemer (Ludwigslust).

12) **A. Barraja.** Elimination du chloroforme.

(Marseille méd. 1902. November 15.)

Verf. untersuchte eine Anzahl von Pat., welche Chloroform entweder längere Zeit innerlich genommen hatten oder narkotisiert waren, daraufhin, ob das Chloroform unzersetzt im Urin ausgeschieden wird. Er fand in keinem einzigen Falle unzersetztes Chloroform im Urin. **Mohr** (Bielefeld).

13) **Volpe.** Dell asta doppia.

(Policlinico 1903. Ser. chir. Nr. 1.)

Ein Kind mit doppeltem Penis zeigte folgende Anomalien: Atresia ani, infolge deren Tod am 27. Lebenstage. Ileum einfach. Zwei Valvulae Bauhini; ein rechtes und linkes Kolon; zwei Blasen, zwei Harnröhren, zwei Penis mit Corpus cavernosum etc.; zwei Skroten; nur das rechte enthält einen Hoden. Eine Hufeisenniere, die mit einem Harnleiter in die linke Blase mündet.

Es handelt sich um einen Penis duplex, der auf eine doppelte Keimanlage zurückzuführen sei. Davon zu trennen ist der Penis bifidus und der durch ein Septum geteilte, bei welchen die übrigen Organe einfach oder nur zum Teil verdoppelt oder in zwei geteilt sind. Drei Photographien.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

14) **P. Bockenheimer.** Zur Ätiologie der Bauchblasengenitalspalte.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

B. beschreibt das Präparat einer Mißbildung, die man als das typische Bild einer Bauchblasendarmgenitalspalte oder Fissura vesico-abdominalis bezeichnet und die in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das weibliche Geschlecht betrifft. Chirurgisches Interesse hat die Anomalie nicht; denn die Kinder sind nicht lebensfähig. Bemerkenswert erschien indessen der Fall, weil die Entstehungsursache sich nicht mit den bisher herrschenden Theorien vereinbaren ließ, besonders nicht mit der von Reichel gegebenen, daß es sich um eine in der vierten Woche entstandene Hemmungsbildung handle. Verf. meint, daß für diejenigen Mißbildungen, welche mit Wahrscheinlichkeit nicht in so früher, sondern erst in späterer Zeit entstanden sind, das Trauma als wahrscheinlichste Ursache in Betracht kommt. Es können dann anscheinend nebensächliche Befunde, wie Deformitäten am Skelett, auf die traumatische Entstehung des ganzen Komplexes der vorhandenen Abnormitäten aufmerksam machen. Sicher ist die Zahl der durch mechanische resp. traumatische Anlässe entstandenen Mißbildungen gar nicht so klein, und B. hofft durch die Beschreibung seines Präparates die Forschung in dieser Richtung anzuregen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

15) **L. Fournier et O. Beaufumé.** Recherche du bacille de Koch dans l'urine.

(Société de biologie 1902. November 15.)

Verff. haben eine größere Anzahl von Tuberkulösen verschiedener Art, bei denen eine tuberkulöse Nierenerkrankung ausgeschlossen erschien, daraufhin untersucht, ob Tuberkelbazillen durch die Nieren ausgeschieden wurden. Hiernach kann man bei allen Tuberkulösen mit rascher Entwicklung der Krankheit oder während akuter Verschlimmerung Tuberkelbazillen im zentrifugierten Harn nachweisen. Dieser Nachweis war auch mehrfach von diagnostischem Werte bei unklaren Fällen. **Mohr** (Bielefeld).

16) **Bazy.** Rétrécissement congénital de l'urètre chez l'homme.

(Presse méd. 1903. Nr. 19.)

An der Hand von 6 Beobachtungen am Lebenden schildert B. ein Krankheitsbild, das seines Erachtens durch Stränge oder Klappen in der Regio bulbaris veranlaßt wird, welche auf einer teilweisen Resistenz der fötalen Membrana uro-

genitalis beruhen, also angeboren sind. Die männlichen Pat., welche sonst keine Anzeichen einer Genitalerkrankung darboten, kamen fast alle wegen seit frühester Jugend bestehender Enuresis nocturna in Behandlung.

Bertelsmann (Hamburg).

17) **Bazy.** Oblitération de l'urètre par une valvule congénitale.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 7.)

Die Verlegung der Harnröhre war nicht vollkommen, vielmehr fand ein intermittierender Durchtritt von Harn statt. Es wurde urethrotomiert und die Klappe exzidiert, worauf völlige Heilung eintrat. **V. E. Mertens** (Breslau).

18) **D. Rochet.** Six cas d'ablation par le périnée de la prostate hypertrophiée.

(Gaz. hebdom de méd. et de chir. 1902. Nr. 37.)

R. geht pararektal ein mit nach hinten konkavem Schnitt, löst den Mastdarm bis über die Prostata hinauf von dieser ab, schneidet die untere Wand der Pars prostatica in ganzer Länge bis an die Blase heran ein und ebenso die ganze Drüse der Länge nach und schält jede Drüsenhälfte vom Blasenboden ab, meist unter Mitnahme eines Stückes der unteren Harnröhrenwand. Drainage der Blase, Tamponade der Wunde. Unter 6 Fällen 1 † 2 Wochen nach der Operation.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

19) **Hock.** Zur Frage des Curettements der Blase bei Cystitis dolorosa.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 42.)

H. empfiehlt die von Guyon 1889 in die Therapie der Cystitis eingeführte Ausschabung der Blase auf Grund seines Falles, bei welchem sie in der Tat vorzügliche Dienste geleistet zu haben scheint.

Ein seit 4 Jahren an Cystitis leidendes Dienstmädchen hat die unangenehmsten Urinbeschwerden: sie muß alle 5—10 Minuten urinieren, hat vor und nach dem Urinieren heftige Schmerzen und ist infolgedessen schlaflos. Die Blase faßt höchstens 40—50 ccm Inhalt; es gelingt deshalb nur mit Mühe durch das Cystoskop zu erkennen, daß es sich um schwere ulceröse Cystitis handelte, welche aber fast ausschließlich auf das Trigonum und dessen nächste Nachbarschaft beschränkt ist. Da jede andere Behandlung jahrelang vergebens war, wurde die Blase ausgeschabt mit dem Erfolge, daß seit über einem Jahre alle Beschwerden vergangen sind. **Bertelsmann** (Hamburg).

20) **Pozzi.** Calcul de l'urètre.

(Gaz. des hôpitaux 1902. Nr. 141.)

Eine junge Frau, die niemals Nierenkoliken gehabt hatte, kam zu P. wegen Beschwerden im Leibe mit allen Zeichen von Salpingitis. Durch die Scheide war eine harte Geschwulst hinter der Cervix uteri zu fühlen. Es wurden die Adnexe exstirpiert. Bei der Operation fühlte P. einen Harnleiterstein. Er extrahierte ihn und vernähte den Harnleiter. Nach Beendigung der Operation touchierte P. und fand noch immer die harte Geschwulst hinter der Cervix. Die sofortige Wiedereröffnung des Bauches ergab einen zweiten Harnleiterstein, der nun gleichfalls entfernt wurde. Pat. genas.

Die beiden Steine erwiesen sich als Teile eines zerbrochenen.

V. E. Mertens (Breslau).

21) **C. Schneider.** Zur Pathologie und Therapie eines durch Steinbildung in einem Ureter und Pyonephrose komplizierten Falles von Inversio vesicae.

Inaug.-Diss., Kiel, 1901.

Genaue Beschreibung des sehr interessanten Falles, welcher durch Exstirpation der rechtsseitigen vereiterten Niere und des zugehörigen mit Steinen ge-

füllten Harnleiters, durch Einpflanzung des linken Harnleiters nebst einem Stück der Blase in die Flexur zur Heilung gebracht wurde.

Bertelsmann (Hamburg).

22) **Revenstorff.** Über die Implantation der Ureteren in den Darm zur Heilung der Ectopia vesicae.

Inaug.-Diss., Kiel, 1901.

Beschreibung eines von Helferich operierten Falles von Ectopia vesicae. Die Harnleiter wurden in das S romanum implantiert. Zuerst wurde die Serosa des letzteren durchtrennt, sodann die Harnleiter, jeder mit einem Rest Blasenschleimhaut, gesondert, der rechte oben, der linke unten eingepflanzt. Fast ein Jahr nach der Operation erfreute sich der nunmehr 10jährige Pat. des besten Wohlseins. **Bertelsmann** (Hamburg).

23) **Arnstein.** Ein Fall von »spontaner« akuter Gangrän des Skrotums.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 29.)

Wie der Titel besagt, handelt es sich um einen jener interessanten Fälle, die von Fournier und Lallemant zuerst als besonderes Krankheitsbild beschrieben worden sind, und bei denen die Ätiologie, wie auch die Literaturübersicht A.'s ergibt, recht dunkel ist. Bei A.'s Pat. war es nach Chiari's Untersuchungsbefund, den dieser an exzidierten Hautstückchen erhoben hatte, eine »Phlegmone suppurativa necroticans«, verursacht durch Streptokokken. A. vermutet, daß die Phlegmone an Kratzeffekte bei bestehender Skabies sich angeschlossen habe. Da sich an der Albuginea des linken Hodens ein kleiner nekrotischer Bezirk bei der Operation zeigte, will A. aber nicht ganz ausschließen, daß dieser Befund vielleicht ätiologische Bedeutung habe, wenn es ihm auch wahrscheinlicher erscheint, daß der von außen vordringende phlegmonöse Prozeß im Moment der Operation im Begriff war, auf den Hoden überzugreifen. Der Fall nahm, im Gegensatz zur Urininfiltration, mit dem das Krankheitsbild bei oberflächlicher Betrachtung große Ähnlichkeit hat, einen schnellen und günstigen Verlauf.

Bertelsmann (Hamburg).

24) **Senator.** Über muskuläre Rückenversteifung (Rigiditas dorsalis myopathica).

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 6.)

Auf die myogene Natur gewisser Fälle von Wirbelsteifigkeit hat kürzlich R. Cassirer (cf. Referat in d. Zentralblatt 1902 p. 605) aufmerksam gemacht.

Verf. berichtet über einen solchen Fall, der früher in der Gerhardt'schen Klinik beobachtet und von Dorendorf genau beschrieben wurde, und bei dem die jetzige Untersuchung erst unter Zuhilfenahme der Narkose ergab, daß es sich um eine ausgedehnte Erkrankung der Rückenmuskulatur handelte, die als chronische Myositis bezeichnet werden muß, und daß die seit dem Jahre 1896 beobachtete Versteifung des Rückens, wenn auch nicht ausschließlich, so doch ganz vorzugsweise durch diese Muskelerkrankung hervorgerufen wurde. Aus der für ein kurzes Referat nicht geeigneten ausführlichen Krankengeschichte sei hervorgehoben, daß in der Anamnese Gonorrhoe und Lues enthalten sind und ätiologisch in Betracht kommen. **Langemak** (Rostock).

25) **Henschen und Lennander.** Rückenmarkstumor, mit Erfolg exstirpiert.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Bei einem 50jährigen Manne entwickelte sich im Laufe eines Jahres Anästhesie der Beine und Arme, des Rumpfes bis zur zweiten Rippe, vollständige Lähmung des rechten, Parese des linken Beines, sowie Parese beider Arme. Bei der Ope-

ration wird ein spindelförmiges, 3,8 cm langes Fibrosarkom zwischen Pia und Arachnoidea unter dem 6. Cervicalwirbel gefunden und entfernt. Nach der Operation gehen sämtliche Störungen zurück, so daß völlige Heilung eintrat — ein glänzendes Resultat, wie es nur selten unter den bisher operierten Rückenmarksgeschwülsten erreicht wurde. Pat. wurde vor und nach der Operation lange Zeit aufs sorgfältigste beobachtet, die einzelnen Phasen der Entwicklung und des Schwindens der sensiblen und motorischen Störungen werden aufs genaueste mitgeteilt. Es ergab sich besonders eine interessante, aber schwer zu erklärende Dissoziation des Wärme- und Kältesinnes; ferner war die Tastempfindung bedeutend mehr geschädigt als die Schmerz- und Temperaturbahnen. Das genaue Studium der Anästhesie zeigte, daß der Daumen an beiden Händen ein eigenes Gebiet bildet, daß keine Übereinstimmung mit den in den Büchern angegebenen Innervationsgebieten vorhanden war. **Haeckel** (Stettin).

26) M. Vilmain. Section transversale partielle de l'artère et de la veine fémorales gauches par un canif grattoir; anévrysme faux consécutif.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1902. Nr. 5.)

Ein Feder-Radiermesser glitt einem Korporal aus der Hand und fiel auf seinen linken Oberschenkel. Zunächst Blutstillung durch Druckverband auf die kleine Wunde; am 3. Tage traten unter Fiebererscheinungen Schmerzen in dem betreffenden Unterschenkel ein. Die Umgebung der kleinen Wunde war stark geschwollen und zeigte Pulsation. Bei der Operation wurde festgestellt, daß die Oberschenkelvene ganz und die Arterie teilweise durchtrennt war, beide wurden doppelt unterbunden. Nach Lösung der Esmarch'schen Binde trat noch eine gleichmäßige Blutung ein, die durch kurzdauernde Tamponade mit heißem Karbolwasser gestillt wurde, wodurch das Anlegen der Naht der Wunde möglich war. Heilung ohne schädliche Folgen. **Herhold** (Altona).

27) K. Vogel. Spalthand und Spaltfuß.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 1.)

V. vermehrt die Kasuistik der nicht gerade sehr häufigen, angeborenen Mißbildungen um einen Fall von doppelseitiger Spalthand und Spaltfuß, der insofern interessant ist, als einige Geschwister des Pat. ähnliche Verkrüppelungen zeigten. Pat. ist das älteste Kind seiner Eltern, auf ihn folgt eine Schwester und dann noch drei Brüder. Die Schwester hatte auch beiderseits verkrüppelte Hände und Füße. Der älteste Bruder nur verkrüppelte Hände, aber normale Füße, die beiden jüngsten Brüder sind ganz normal.

Die Kinder und Kindeskinder des Pat. sind normal. V. hält seinen Fall nicht für geeignet, die Kümmel'sche Theorie der Entstehung dieser Mißbildung (Amnionstränge) zu stützen, sondern glaubt, daß sein Fall mit dem von Perthes, Goldmann, Mayer zu der Annahme eines anderen ätiologischen Prinzips drängt, dem einer endogenen Ursache, einer fehlerhaften Keimanlage, deren Vorbedingungen und erste Entstehung wir allerdings unserer Erkenntnis nicht zugänglich zu machen vermögen. **H. Wagner** (Breslau).

Berichtigung.

P. 334 Z. 15 v. u. lies »Habilitationsarbeit« statt »Inaug.-Diss.«

Der Autor wünscht hervorgehoben zu sehen, daß sich der Hauptteil seiner Arbeit nicht auf treppenförmige Durchschneidung einer verkürzten Sehne bezieht, sondern sich mit der Neubildung der Sehne nach Setzung eines Defektes beschäftigt an der Hand eines künstlichen Ersatzmaterials, als das er Celluloidzwirn genommen.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 20. **Sonnabend, den 16. Mai.** **1903.**

XXXII. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatte einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.



Zur Statistik der Äthylchloridnarkose.

Von
Dr. **Georg Lotheissen,**
Privatdozent und Primararzt am k. k. Kaiser Franz Josef-Spital in Wien.

Immer häufiger liest man in den medizinischen Fachschriften von neuen Versuchen, die mit der Äthylchloridnarkose gemacht wurden und findet daher auch hier in unserem Zentralblatt ein Referat über die betreffende Arbeit. Wer nun nicht Gelegenheit hat, die Originalarbeiten zu sehen, könnte leicht zu der falschen Meinung kommen, daß diese Narkose recht gefährlich wäre, da im Jahre 1901 (Nr. 6) und auch in diesem Jahrgang erst kürzlich (Nr. 9) über einen Todesfall durch Äthylchloridnarkose berichtet wurde, während andererseits die meisten Autoren nur über eine geringe Zahl von Beobachtungen am Menschen verfügen, wie z. B. Girard (Referat 1903 Nr. 11) über 78. Zugleich finden wir in der so viel verbreiteten Operationslehre Kocher's[1] ein herbes Urteil über das Kelen, das sicher manchen abschrecken wird.

Da ich nun unter den Chirurgen der erste war, der systematisch Äthylchlorid zur Narkose anwandte (August 1896) und es auch wiederholt empfohlen habe, fühle ich eine Art persönlicher Verantwortung und möchte daher nicht, daß ein Mittel, das gewiß gute Dienste zu leisten imstande ist, ungerecht verurteilt werde. Darum möchte ich darlegen, wie es sich mit diesen Todesfällen verhält und wie ferner die Statistik der Äthylchloridnarkose heute lautet.

Daß Soulier nur mit Äthylidenchlorid arbeitete und daher sein Todesfall nur diesem Mittel zur Last fallen kann, ist bereits mehrmals festgestellt worden. Der auf Kocher's Klinik vorgekommene Todesfall[2] betraf einen 27jährigen Mann mit Fußkaries, der »eine Woche später an den Folgen der Äthylchloridnarkose starb«.

Da die betreffende Krankengeschichte spurlos verschwunden ist, läßt sich heute diese sonderbare Angabe nicht klarstellen. Bei der Flüchtigkeit des Äthylchlorids ist es aber nicht wahrscheinlich, daß eine solche Spätwirkung aufgetreten wäre. Nach so langer Zeit schieben wir sogar dem Chloroform einen Todesfall nicht mehr in die Schuhe. Hätte eine Pneumonie bestanden, so wäre sie gewiß nicht als Kelenwirkung aufzufassen, da dieses die Lungen nicht angreift.

In dem Falle König's (Bern) war durch eine Minute Äthylchlorid zur Einleitung der Narkose verwendet, dann war durch

[1] 4. Auflage. Jena, Fischer, 1902.
[2] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV (cit. bei Spengler).

49 Minuten Äther gebraucht worden[3]. Es wurde eine substernale Struma exstirpiert; die schwächliche Kranke starb am Tage nach der Operation an akutem Lungenödem. Hier kann doch nur von einer Ätherwirkung die Rede sein.

An der Innsbrucker Klinik Prof. v. Hacker's sah ich selbst einen Todesfall bei einem kräftigen 41jährigen Manne, Trinker, der aber hochgradige Arteriosklerose der Koronararterien und Degeneration des Herzmuskels zeigte[4]. Hier lag echter Narkosetod vor.

Joh. Seitz (Zürich) hat über den Tod einer 55jährigen Frau berichtet, die starb, nachdem ihr 17 Stunden zuvor bei lokaler Anwendung von Äthylchlorid drei untere Schneidezähne gezogen worden waren[5], und erklärt: »Vergiftung mit Chloräthyl war zweifellos«. Da dieser Fall die Runde durch die Blätter machte — auch Kocher citiert ihn in seiner Operationslehre —, muß er erwähnt werden, obwohl er schon von mehreren Seiten als nicht zur Äthylchloridnarkose gehörig zurückgewiesen worden ist. Die Frau war kyphoskoliotisch und hatte ein Jahr zuvor einen Schlaganfall mit linksseitiger Lähmung erlitten. Nun trat nach einer Zahnextraktion ein neuer Schlaganfall auf, der zum Tode führte. Daß es dazu kam, ist leicht begreiflich. »Die Furcht vor dem Zahnreißen war bei ihrer Schwäche und Ängstlichkeit die letzten Tage über groß gewesen«. Wegen ihrer Schwäche war von Narkose abgesehen, wegen der Angst lokale Anästhesie geübt worden. Trotzdem Verf. von einem »Chloräthyltod« spricht, finden wir in seinem Bericht alle Erscheinungen eines apoplektischen Insults geschildert: Das Bewußtsein war aufgehoben, völliges Koma, nur »minime«, unbewußte Reflexe am Körper, »die Inspiration ist schlürfend, der Puls ganz ordentlich, die Hautfarbe gar nicht blau, sondern frischrote Wangen«, was ja bei Apoplexie häufig der Fall ist. Beim echten Narkosetod durch Äthylchlorid ist aber das Gesicht gerade blau, cyanotisch! Wenn sich J. Seitz darauf beruft, daß bei der Obduktion des Innsbrucker Falles das Blut in den Gefäßen »kirschrot« gefunden wurde, ähnlich wie bei Kohlenoxydvergiftung, so folgt ja daraus nicht, daß wie bei dieser Vergiftung auch das Gesicht hellrot sein muß; ich habe auch damals deutlich gesagt, daß es cyanotisch war! J. Seitz hebt ferner hervor, daß »kein besonderer Geruch« bemerkbar war. Die mit Äthylchlorid Narkotisierten behalten oft stundenlang einen eigentümlich scharfen, etwas an Senföl erinnernden Geruch der Exspirationsluft. Seine Angabe macht es also wahrscheinlich, daß die Pat. das Kelen überhaupt nicht eingeatmet hat. Ferner vermißt man bei Seitz die Erwähnung von Abwehrbewegungen, welche dem Herzstillstand vorausgehen, und die auch beim Chloroform öfters zu beobachten sind. Prüft

---

[3] Über Äthylchloridnarkose. Inaug.-Diss. 1900.
[4] Münchener med. Wochenschrift 1900. Nr. 18.
[5] Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901. März u. Juli.

man den Bericht des Zahnarztes und die Schilderung von J. Seitz genau, so findet man nicht die Spur einer Ähnlichkeit mit unserem Falle echten Narkosetodes.

McCardie narkotisierte einen 37jährigen Trinker, bei dem eine Lachgasnarkose mißlungen war, zu einer Urethrotomie mit Äthylchlorid (20 g in 7 Minuten). Pat. war nach der Operation ganz wohl, trank eine halbe Stunde später reichlich Milch, wurde aber $^5/_4$ Stunden nach dem Erwachen tot gefunden. Außer seiner Striktur und chronischen Cystitis fand sich Nephritis, chronische adhäsive Peritonitis, beiderseits Pleuritis, Perikarditis und Fettleber[6]. Als Narkosetod darf der Fall nicht gezählt werden, aber auch eine Spätwirkung des Äthylchlorids kann man kaum annehmen. McCardie selbst betont schon, daß das ganze Anästhetikum mindestens eine Stunde vor dem Tode wieder habe ausgeschieden sein müssen. Daß der Kranke nach dem Erwachen sich völlig wohl befand, spricht auch dagegen. Die Todesursache liegt wohl in der allgemeinen Degeneration der inneren Organe.

Endlich hat Bossart berichtet[7], daß ein $1^3/_4$ Jahre alter Knabe während einer Äthylchloridnarkose gestorben ist. Das Kind litt bis vor 3 Wochen an Pertussis; nun war es seit zwei Tagen an Diphtherie erkrankt, in deren Verlauf die Stenose der Atemwege so zugenommen hatte, daß schon vor Eintritt in das Spital mehrere Erstickungsanfälle aufgetreten waren. Tracheotomie: nach etwas mehr als 3 Minuten (5 ccm Äthylchlorid), plötzlich beim Anhaken der Trachea, wird die Atmung schlecht, Entfernung der Maske. Nach Einlegen der Kanüle sistiert die Atmung, die Pupillen werden weit, reaktionslos, der Puls ist nicht mehr fühlbar, die schon vor der Operation bestehende Cyanose ist noch gesteigert. Es fand sich eine große Thymus, sonst der Befund der Herzlähmung. Solch plötzliche Herzlähmungen kommen nun allerdings bei diphtheritischer Intoxikation auch ohne Narkose öfter vor; man kann aber nicht in Abrede stellen, daß hier die Narkose die Gelegenheitsursache dazu gegeben hat. Meiner Ansicht nach hätte das Kind überhaupt nicht narkotisiert werden sollen, es wäre wohl in jeder Narkose geblieben. Man hätte besser getan, ohne Narkose oder mit Schleich'scher Infiltrationsanästhesie zu arbeiten.

Wir finden also nur einen echten Narkosetod (Innsbrucker Klinik) und dann noch einen Todesfall während der Narkose (Bossart). Die anderen können alle ausgeschieden werden.

Im April 1902 waren bereits 16000 Kelennarkosen ausgeführt[8]; inzwischen sind gewiß mindestens 1000 hinzugekommen, deren Verteilung sich in abgerundeten Zahlen folgendermaßen gestaltet: Öster-

---

[6] Lancet 1901. Juli 20.

[7] Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 19.

[8] Weitere Beiträge zur Chloräthylnarkose von Zahnarzt G. Seitz (Konstanz). Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1902. Maiheft.

reich-Ungarn 2600, Schweiz 2500, Deutschland 1700, Frankreich 1600, Rußland 600, England 600, Belgien, Dänemark, Holland, Italien etc. 400, ferner Amerika mit 7000. Ein großer Teil dieser Narkosen wurde von Zahnärzten ausgeführt, denen das Mittel durch Carlson und Thiesing, namentlich aber durch ein Referat Billeter's (1897)[9] bekannt wurde. Da die Gefahr für das Leben aber stets die gleiche ist, dürfen wir alle mitrechnen[10].

Somit ergibt sich, daß wir einen Narkosetod auf 17000 Narkosen haben. Wenn jemand während einer Operation im Kollaps stirbt, darf das Narkosemittel allein nicht beschuldigt werden; den Fall Bossart dürfte man also vielleicht abziehen. Selbst wenn man ihn aber mitzählt, hätten wir erst einen Todesfall auf 8500 Narkosen. Das Äthylchlorid hat also gewiß schon bewiesen, daß es weniger gefährlich als Äther und sogar weniger gefährlich als Bromäthyl ist, das sich noch immer großer Beliebtheit erfreut, obwohl bereits 24 Todesfälle bekannt sind (G. Seitz, l. c.).

Ich glaube daher, daß die Kelennarkose[11], mit der bei jeder Narkose nötigen Vorsicht geübt, gewiß allgemeinere Beachtung verdient. Sie leistet für kleinere Operationen ganz vorzügliche Dienste, insbesondere weil sie den Kranken viel weniger unangenehm ist als eine Narkose mit einem anderen Mittel, z. B. dem ähnlich wirkenden Bromäthyl, welchem auch eine stärkere Exzitation eigen ist. Wir haben aber auch große Operationen von 1—1½ Stunden Dauer damit ausgeführt. Ferner ist sie aber sehr geeignet zur Einleitung anderer Narkosen, speziell der mit Äther, da die Pat. viel rascher narkotisiert werden. Man erspart so ihnen und sich viel Zeit; zugleich fällt aber auch das für den Herzkollaps gefährliche Exzitationsstadium des Äthers oder Chloroforms weg oder wird wenigstens sehr abgekürzt. An der Innsbrucker Klinik haben wir diese Kombinationsnarkosen seit März 1899 systematisch ausgeführt, später wurden sie auch von anderer Seite (Pollosson, Nové-Josserand (Lyon), Dumont, König (Bern), Tuttle (Amerika) und neuerlich besonders von Girard empfohlen.

Das Präparat dürfte ziemlich irrelevant sein. Von vielen Seiten wird jetzt »reines Chloräthyl« in den Handel gebracht. Ich habe Äthylchlorid verschiedenster Herkunft[12] versucht und meist nur graduelle Unterschiede bemerkt. Neuerlich verwende ich nur das Chloräthyl Henning, allerdings hauptsächlich aus Ersparungsrück-

---

[9] Schweizer Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1897.

[10] Ware (Journ. of the amer. med. assoc. Bd. XXXIX Nr. 19) hat 12436 Fälle von Äthylchloridnarkose gesammelt, darunter 1000 selbstgeleitete, hier sind jedoch die zahnärztlichen Narkosen nicht eingerechnet.

[11] Der Name Kelen ist zwar »gesetzlich geschützt« für das Präparat der Société chimique in Lyon. Da er aber kürzer und bequemer ist, darf man ihn wohl auch für Äthylchlorid anderer Proveniens benutzen.

[12] Robisch (München), Thilo (Mainz), Lyoner Präparat (Kelen), Henning (Berlin).

sichten. Ich habe aber bisher in mehr als 150 Fällen guten Erfolg gehabt, nur einmal, bei einem jungen Mädchen, nicht etwa einem Potator, hat es versagt.

---

1) **Mohr** (Bielefeld). Geschwulstbildung und Trauma.

(Medizinische Woche 1902. Hft. 9 u. 10.)

Nach eingehender Würdigung der in Betracht kommenden Momente stellt Verf. als notwendig für den Beweis des Zusammenhangs zwischen Geschwulstbildung und Trauma folgende Bedingungen auf:

1) Die Gewalteinwirkung muß ärztlich festgestellt oder von Zeugen einwandsfrei bewiesen werden.

2) Die Geschwulst muß entweder genau der Stelle der traumatischen Einwirkung entsprechen, oder es muß (besonders bei Geschwülsten innerer Organe in Betracht kommend) eine starke vorausgegangene Erschütterung des ganzen Körpers oder der betreffenden Gegend in zeitlichem und symptomatischem Zusammenhang mit der Geschwulstentwicklung stehen. Bei angeblich nach Erschütterung aufgetretenen Geschwülsten wird man im Einzelfalle besonders kritisch vorgehen müssen.

3) Entsprechen die zeitlichen Verhältnisse dem durchschnittlichen Entwicklungsstadium der betreffenden Geschwulstform oder ist eine Brücke zwischen Unfall und erstem Auftreten der Krankheit vorhanden, so vermehrt das die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs und erleichtert die Beurteilung des Falles; sind die zeitlichen Verhältnisse ungewöhnlich oder ist ein langes symptomloses Intervall vorhanden, so vermindert das die Wahrscheinlichkeit, schließt sie aber noch nicht ohne weiteres aus; vielmehr muß im Einzelfalle auf Grund der sonstigen Verhältnisse entschieden werden.

4) Für den Gutachter wird es in erster Linie darauf ankommen, den verschlimmernden Einfluß des Unfalls festzustellen. Denn die Entschädigungspflicht tritt schon dann ein, wenn das Trauma nicht die alleinige, sondern nur eine der mitwirkenden Ursachen der Erkrankung bildet, und es genügt der Nachweis, daß das Trauma eine bis dahin ohne Erscheinungen verlaufene Geschwulst zu rascherem Wachstum gebracht hat. **Bertelsmann** (Hamburg).

---

2) **O. Rosenbach.** Arzt contra Bakteriologe.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903. 278 S.

Unter dem Titel Arzt contra Bakteriologe hat R. eine Reihe früherer Publikationen aus seiner Feder zusammengestellt, in denen er, um seine Worte zu gebrauchen, die Auswüchse der Bakteriologie bekämpft und darauf hinweist, daß die Lehren der orthodoxen Bakteriologie, weit entfernt, auch nur eins der Rätsel der Medizin zu lösen, vielmehr das Verständnis klinischer Vorgänge erschweren

und vor allem große Gefahren in sozialer und ethischer Beziehung bergen. Den Chirurgen werden besonders die ersten Kapitel: Über den Wechsel therapeutischer Moden mit spezieller Berücksichtigung der Lehre von der Antisepsis, Bedeutung des Tierexperiments für Pathologie und Therapie, Injektionskrankheit und Infektionskrankheit interessieren. Im übrigen scheint mir Verf. in zahlreichen Punkten in denselben Fehler verfallen zu sein, den er den »Nichtsalsbakteriologen« vorwirft, in den der Einseitigkeit. Ich greife einen Satz heraus. R. sagt p. 178: »Hätte irgend ein Arzt der früheren Periode wagen dürfen, Fälle als Diphterie zu bezeichnen, wo der Hals gesund, das Allgemeinbefinden ungetrübt war? Und doch tut man das jetzt«. Kein Arzt wird bei einem gesunden Menschen, bei dem die aus irgend einem Anlaß vorgenommene bakteriologische Untersuchung der Mundhöhle Diphtheriebazillen ergeben hat, eine Diagnose auf Erkrankung an Diphtherie stellen. Auch in seinen Ausführungen über die Cholerafrage, seiner Anzweiflung der ätiologischen Bedeutung der Choleravibrionen wird R. wenig Anhänger finden. Seine absprechende Kritik an zahlreichen durch die bakteriologischen Untersuchungsmethoden festgestellten Tatsachen setzt ihn nicht in den Stand, diskutable neue Anschauungen zutage zu fördern.

Als Erreger der konstitutionellen Lues sucht er nicht ein Mikrobium, sondern er spricht, wenn auch mit aller Reserve, die Vermutung aus, daß das infizierende Agens eine Art von Vaccine ist, die ihre Wirkung »lebendigen« Eiweißmolekülen verdankt. Die vom Verf. supponierte schädigende Rückwirkung der bakteriologischen Laboratoriumsdiagnose auf den ärztlichen Stand vermögen wir in keiner Weise anzuerkennen.

Es muß aber hervorgehoben werden, daß die Abhandlungen durchweg ein originelles Gepräge tragen und von einer langjährigen ernsten Beschäftigung mit dem Stoffe Zeugnis ablegen. Auch wenn man mit den Ansichten des Verf. in vielen Punkten nicht übereinstimmen kann, bietet die Lektüre der Arbeiten doch mannigfache Anregung.

Läwen (Leipzig).

---

3) **H. Kaposi.** Chirurgie der Notfälle.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1903. 231 S.

Diese Darstellung der dringenden chirurgischen Eingriffe, welche dem Chirurgen nichts Neues bringt, wird manchem Praktiker willkommen sein, weil sie den neuesten Stand der chirurgischen Anschauung über das Verhalten in allen wirklichen Notfällen erörtert. Sehr knapp, kürzer jedenfalls, als es der Bedeutung dieses Punktes entspricht, sind der Notverband und die Transportmittel behandelt.

Dagegen ist die Anästhesie, die Bekämpfung des Choks und vor allem die wichtige Frage der ersten Wundversorgung, die Wundvereinigung, eingehend besprochen. Die an der Heidelberger Klinik geübte Behandlung der Verbrennungen ist die alte und einfache

mit Leinöl-Kalkwasser oder Borsalbe oder einem gewöhnlichen feuchten Verband, die heute viele Ärzte über 100 angeblich schmerzstillenden Pulvern ganz und gar vergessen zu haben scheinen. Der allgemeine Teil behandelt noch überaus knapp die Extremitätenverletzungen.

Die Kapitel des speziellen Teiles schildern in knappster Form die wichtigsten eiligen Eingriffe; es sind hier eine Anzahl gut gewählter Krankengeschichten eingeflochten, die die Lektüre des Büchleins auch für den Spezialchirurgen lesenswert machen. Insbesondere sind eine ganze Anzahl interessanter Verletzungen mitgeteilt. **P. Stolper** (Breslau).

---

4) **A. Köhler.** Beitrag zur Geschichte der sozialen Wohlfahrtseinrichtungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 68.)

Die Arbeit, der Festschrift für Esmarch zugehörig, ist diesem als dem geistigen Urheber des heutigen Samariterwesens gewidmet. Sie tut mancherlei Einrichtungen älterer Zeit, die zur Invalidenversorgung etc. geschaffen sind, kurze Erwähnung. So der Gründung der Invalidenstadt Italica durch Scipio den Älteren, der Stadt Nicopolis durch Pompejus, der römischen Veteranenkolonien in Mainz und Wiesbaden, der Knappschaftskassen in Sachsen und im Harz, der Einrichtungen des Ladislaus IV für die Salzbergwerkleute in Wieliczka u. a. Zum Schluß sind auch die wichtigsten Daten der von Deutschland zur Versicherung gegen Krankheit etc. eingeführten Gesetze genannt. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

---

5) **Poppert.** Experimentelle und klinische Beiträge zur Äthernarkose und zur Äther-Chloroform-Mischnarkose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 505.)

Durch zahlreiche Tierexperimente hat P. dargetan, daß der Äther auf die Lungen schädlich einwirkt, und zwar bestanden die Lungenveränderungen bei den Versuchstieren in Hyperämie, Blutungen und Ödem, Befunde, die P. dadurch zu erklären geneigt ist, daß die toxische Wirkung des Äthers eine abnorme Durchlässigkeit der Gefäße nach sich zieht. Das Resultat der Experimente, sowie die klinische Erfahrung nötigte jedenfalls dieser üblen Lungenbeeinflussung wegen, den Äther als das gefährlichere Narkotikum anzusehen und ihm das Chloroform vorzuziehen, welches eine bei weitem geringere Lungenschädigung bewirkt. Was die Mischnarkosen betrifft, so fand P., daß diejenigen Mischungen, bei denen der Äther in einem solchen Verhältnis zugesetzt ist, daß sich eine narkotisierende Wirkung desselben geltend macht (z. B. 5 Äther zu 1 Chloroform), sich ebenso wie die einfachen Äthernarkosen verhalten und deren Nachteile in verstärktem Maße besitzen. Dagegen lobt P. sehr die von Geppert vorgeschlagene Art der Mischnarkose, die er über

2500mal klinisch erprobt hat. Dieselbe benutzt ein Dampfgemenge, hergestellt durch Verdampfen von 2 Volumen Chloroform und 1 Volumen Äther. Durch einen automatisch wirkenden Apparat wird eine Luft von einem hohen, aber bestimmten Gehalt an Chloroform-Ätherdampf (0,5 ccm flüssiges Chloroform auf 1 Liter Luft verdampft) hergestellt, welche durch einen Schlauch in die Maske geleitet wird. Ein eingeschalteter Hahn erlaubt eine sehr genaue Dosierung des Narkotikums, und für die gute Brauchbarkeit des Apparates spricht der Umstand, daß die klinischen Assistenten denselben durchgängig der Tropfmethode vorziehen. Die Überdosierung, in welcher die Hauptgefahr der Narkose besteht, ist mit dem Apparat sicher zu vermeiden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

6) **Schneiderlin.** Die Skopolamin- (Hyoscin) Morphium-Narkose.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 9.)

Nach S. weiteren Erfahrungen hat die von ihm erfundene Narkose den Nachteil, daß sie erst ausprobiert werden muß, also unter Umständen Zeit verloren geht, und daß nach der Narkose gegebenen Falls die Atmung beobachtet werden muß. Ihre Vorteile sieht S. in ihrer Gefahrlosigkeit bei richtigem Ausprobieren, ferner darin, daß der Narkotiseur überflüssig wird und der psychische Chok auf den Pat. beinahe wegfällt. Daß von manchen Autoren Mißerfolge beobachtet wurden, lag wahrscheinlich darin, daß die Narkose nicht ausprobiert wurde, zu große Dosen gegeben waren, der Eintritt der Narkose nicht abgewartet wurde. S. probiert die Narkose womöglich erst mit $^{8}/_{10}$ mg bis 1 mg Skopolamin und 2 cg Morphium aus; am Operationstage werden dann, je nach Erfolg und Reaktion beim Ausprobieren, $^{8}/_{10}$ bis $1^{1}/_{4}$ mg Skopolamin und 2 bis 3 cg Morphium $1^{1}/_{2}$ Stunden vor der Operation und event. $^{1}/_{4}$ Stunde vor letzterer noch 2 bis 4 dmg Skopolamin und $^{1}/_{2}$—1cg Morphium dargereicht. Bei dringenden Fällen begann S. sofort mit 1—$^{1}/_{2}$ mg Skopolamin und 2 bis $2^{1}/_{2}$ cg Morphium, und gab als zweite Dosis unter Umständen wieder 2 bis 4 dmg Skopolamin und $^{1}/_{2}$ bis 1 cg Morphium.

Kramer (Glogau).

---

7) **Eden.** Tierversuche über Rückenmarksanästhesie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 37.)

E. hat auf Veranlassung von Bier ausgedehnte Tierversuche über Rückenmarksanästhesie angestellt. Als Versuchstier diente ausschließlich die Katze, bei welcher die Lumbalpunktion ziemlich sicher und leicht ausführbar ist, und bei welcher die Sensibilitätsprüfung mit einer spitzen Nadel oder einem spitzen glühenden Paquelinbrenner, eventuell auch durch Abschneiden eines Beines bezw. des Schwanzes zu unzweideutigen Befunden führt. Es wurden im

ganzen 110 Versuche mit 18 verschiedenen Injektionsmitteln angestellt — natürlich mit sehr verschiedenem Resultate. Über das letztere, sowie bezüglich der Versuchsprotokolle ist auf das Original zu verweisen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **Sicard.** Le liquide céphalo-rachidien. Avec préface du Prof. Brissaud.

Paris, Soc. de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire, 1903.

Das von Brissaud mit einer entwicklungsgeschichtlich-histologischen Studie des Subarachnoidealraumes eingeleitete Büchlein von S. stützt sich auf eine große Anzahl von experimentellen Arbeiten des Verf. und auf die in der deutschen und wie es scheint noch reichlicher in der französischen Literatur niedergelegten Ergebnisse der Forschungen von Physiologen und Klinikern. Nach einer kurzen Schilderung der Lumbalpunktion erörtert S. ihre therapeutische Brauchbarkeit, ihren günstigen Einfluß bei Hydrocephalus, Chlorose, Urämie, Hirngeschwülsten und nicht tuberkulöser Meningitis, sowie die subarachnoidealen Injektionen. Die Ergebnisse eigener Erfahrungen kommen aber besonders zur Darstellung in den Kapiteln über die histologische Bedeutung der Cerebrospinalflüssigkeit als Sekretionsprodukt der zarten Hirnrückenmarkshäute, über ihre physikalischen und chemischen Eigenschaften (Dichtigkeit, Gefrierpunkt, Eiweiß, Fibrin, bakterizide Kraft). An einer überraschend großen Zahl der verschiedensten Krankheiten des Zentralnervensystems hat Verf. diese und die cytologischen Verhältnisse des Liquor cerebrospinalis eingehend zu studieren Gelegenheit gehabt. Auf Einzelheiten kann hier um so weniger eingegangen werden, als S. selbst die Lehre über diesen Gewebssaft nicht entfernt für abgeschlossen hält. Wer indes über diesen nach der physiologischen wie nach der praktischen Seite hin noch mit Erfolg zu bearbeitenden Stoff künftighin sich erschöpfend informieren will, der wird das Buch von S. nicht unberücksichtigt lassen dürfen, denn es ist wohl zur Zeit das erste und einzige, das sich speziell und umfassend mit der Semiologie und Pathologie des Liquor cerebrospinalis befaßt.

P. Stolper (Breslau).

---

9) **Stenger.** Über den Wert der otitischen Symptome zur Diagnose von Kopfverletzungen bezw. Basisfraktur.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

Da bei den schweren Kopfverletzungen das Gehörorgan in den meisten Fällen mitbetroffen wird, so läßt sich aus der Art der Verletzung desselben, aus der Art und Schwere der Symptome ein Schluß auf die Art und Schwere der Verletzung ziehen.

Der Abfluß von Cerebrospinalflüssigkeit kann als ziemlich sicheres Zeichen einer Basisfraktur gelten, während der Austritt von Blut aus dem Gehörgang noch keinen genügenden Anhaltspunkt gibt. Wich-

tiger sind bei auftretender Blutung gleichzeitig beobachtete Fissuren des äußeren Gehörganges. Ohne diese ist die Zerreißung des Trommelfelles für die Beurteilung bedeutungslos. Wirklichen Wert haben nur die funktionellen Symptome: 1) Hirnstörungen und Gehörsempfindungen, 2) Schwindel, 3) Nervenlähmungserscheinungen. — Verletzung der Akustikuskerne hat gleichzeitig Hirnsymptome in Begleitung. Bei Verletzung des Akustikus in seinem Verlauf wird meist eine Beteiligung des Facialis gefunden. Auf eine Erkrankung der Ausbreitungsstelle des Akustikus weisen die gleichseitigen Labyrinthsymptome hin. Der nach Kopfverletzungen auftretende Schwindel weist charaktischerweise auf den nach Verletzung der Bogengänge entstehenden Schwindel hin und führt zu der Annahme, daß er durch Mitbeteiligung dieses Organs veranlaßt ist. — Ebenfalls häufig ist bei Kopfverletzungen das Auftreten von einseitigem Nystagmus beobachtet, der sich im Anschluß an Verletzungen oder Reizung des Bogengangapparates findet, den man aber besser als einseitige Tetanie der Augenmuskeln bezeichnet. Zeigen sich diese Zuckungen erst nach längerer Zeit, so kann man auf eine sekundäre Erkrankung des Bogengangapparates infolge von Knochenwucherungen schließen. Von den bei Kopfverletzungen auftretenden Nervenlähmungserscheinungen treten mit dem Gehörorgan nur Lähmungen des Facialis in Beziehung.

Dieser geschilderte Symptomenkomplex bildet das Charakteristische des nach Kopfverletzungen auftretenden Krankheitsbildes einer Form der traumatischen Neurose. Es treten nur noch die gleichzeitig auftretenden psychischen Störungen hinzu, die auf eine Schädigung der Hirnrinde oder einzelner Zentren zurückzuführen sind.

Die funktionelle Untersuchung des Gehörorgans kann oft die Frage, ob Krankheit oder Simulation vorliegt entscheiden.

Langemak (Rostock).

---

10) **Viedenz.** Über psychische Störungen nach Schädelverletzungen.

(Archiv für Psychiatrie 1903. Bd. XXXVI.)

In der Irrenanstalt Eberswalde wurde bei 1542 geisteskranken Männern (1886—1900) 202mal (13,1 %) eine Kopfverletzung als Ursache der Erkrankung angeführt, aber nur in 35 Fällen (2,2 %) als einzige; bei den anderen kommen daneben noch erbliche Belastung, Lues, Alkohol, Haft, heftige Gemütserschütterungen in Betracht. Und nur in 1,03 % ließ sich die Kopfverletzung mit größter Wahrscheinlichkeit als Ursache der psychischen Erkrankung ansehen. Vier einwandsfreie Krankengeschichten beweisen den Zusammenhang zwischen Psychose und Trauma. Verf. hebt hervor, daß vornehmlich primäre Demenz, halluzinatorische Verwirrtheit und stuporöse Zustände, zum Teil mit katatonischen Symptomen, selten Paranoia sich an Schädelverletzungen anschließen. Es besteht oft große Ähnlichkeit zwischen

den psychischen Störungen nach Schädelverletzungen und den auf alkoholischer Grundlage entstandenen. **P. Stolper** (Breslau).

---

11) G. Guillain. La forme spasmodique de la syringomyélie. La névrite ascendante et le traumatisme dans l'étiologie de la syringomyélie.

Thése de Paris, G. Steinheil, 1902.

Die mit Abbildungen eines Rückenmarks, mit zahlreichen Photographien und Skizzen ausgestattete umfangreiche Arbeit (183 S.) behandelt in zwei völlig gesonderten Teilen zuerst die spastische Form der Syringomyelie. Fünf sehr gründliche Krankengeschichten mit zwei Obduktionsberichten aus der Abteilung von P. Marie liegen den Erörterungen zugrunde. Als charakteristisch wird für diese spastischen Syringomyeliker die Haltung bezeichnet. Die Arme liegen am Rumpf entlang, die Vorderarme etwas gebeugt, so daß die Hände vor der Schamgegend gehalten werden. Die Schultern sind gehoben, nach vorn gefallen (thorax en bateau), der Kopf steckt zwischendrin, er ist nach vorn geneigt, der Rücken rund. Dabei sind im Anfange Daumen und Zeigefinger frei beweglich gestreckt, die übrigen Finger fest in die Faust eingekrallt, so daß sich die Nägel einbohren. Nicht Muskelatrophie, sondern spastische Kontrakturen bedingen die eigenartige Haltung. Im übrigen ist die Art der Gefühlsstörungen ausschlaggebend für die Diagnose Syringomyelie; differentialdiagnostisch kommt amyotrophische Lateralsklerose, Markläsion bei Wirbelverletzung, Syphilis in Frage.

In den beiden obduzierten Fällen wurde keine Pachymeningitis gefunden.

Im zweiten Teile werden von den für Syringomyelie in Frage kommenden ätiologischen Momenten zwei ausführlich erörtert, die ascendierende Neuritis und das Trauma.

Für die Syringomyelie durch Neuritis ascendens bringt Verf. zwei Beobachtungen von P. Marie bei. Die eine betrifft den bekannten Fall der Mme. Déjérine-Klumpke, der zuerst 1889 von ihr, 1894 von Déjérine noch einmal, und jetzt von P. Marie beobachtet wurde. Es entwickelte sich bei einem ca. 30jährigen Manne nach einem Stich in die Hohlhand eine Phlegmone und weiterhin eine fortschreitende Muskelatrophie. Zur Zeit ist das Symptomenbild der Syringomyelie deutlich ausgeprägt. (In der Anamnese finden sich freilich auch Intermittens, Syphilis! Ref.)

Der zweite Fall betrifft einen Arzt, der sich bei einer Operation eine Fingerinfektion mit Achseldrüsenvereiterung zuzog und danach Gefühlsstörungen vom Typus der syringomyelischen bekam. (Die Diagnose dürfte manchem Zweifel begegnen. Ref.) Unter Heranziehung auch der deutschen Literatur legt G. voll Überzeugung den kausalen Zusammenhang zwischen Syringomyelie und peripherer In-

fektion dar. Die Arbeit von Kienböck (referiert in d. Bl. 1902 Nr. 14) konnte dem Verf. noch nicht bekannt sein.

Dieser Autor sucht in einer kritischen Erörterung aller Publikationen zu zeigen, daß solcher Kausalzusammenhang noch nicht erwiesen sei. Im Widerspruch mit Kienböck mißt G. auch dem direkten Trauma gegen die Wirbelsäule eine größere Bedeutung bei. Darin unterstützen ihn zwei der am Anfange erwähnten fünf Krankengeschichten. Nach der einen entwickelte sich bei einem bis dahin zweifellos kräftigen Turnlehrer drei Jahre nach einem Sturz aus der Höhe, 3—4 m herab auf den Kopf, wonach zunächst nur eine Bewegungsstörung im Nacken zurückblieb, eine Syringomyelie von spastischem Typus. In einem zweiten Falle lag ein Hufschlag gegen die Augenbrauengegend mit kurzer Bewußtlosigkeit und ein Sturz von der Treppe, der Schwächezustände in einem Arme zurückließ, einige Jahre vor der Feststellung der Syringomyelie zugrunde. G. zieht die Literatur, insbesondere die Arbeiten von Minor (Hämatomyelie), von Schultze und Raymond (Dystokien) zur Stützung der traumatischen Syringomyelie heran. Auf die Frage, die Kienböck in seiner Kritik besonders betont, ob die durch direktes Trauma bedingte Höhlenbildung im Rückenmark auch klinisch das Bild einer progredienten Erkrankung hervorruft, geht G. nicht ein. Zum Schluß betont er, daß die Frage der ätiologischen Bedeutung des Traumas für die Syringomyelie nicht nur ein theoretisches, sondern in forensischer Hinsicht auch ein sehr großes praktisches Interesse hat.

P. Stolper (Breslau).

---

12) H. Herz. Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1902.

In der Einleitung erörterrt Verf. den Begriff der »vasomotorischen Neurosen«. Eine Bezeichnung, die von Cahen herrührt, der nebst anderen Autoren aber nur ein unsicheres Krankheitsbild davon gegeben hat. Erst Nothnagel hat genauere und bestimmte Krankheitsbilder und -symptome gebracht. Es folgt eine weitere eingehende Besprechung der Literatur. Besondere Erwähnung finden hier die Versuche von Bier über die Entstehung des Kollateralkreislaufes. Bezüglich der Ätiologie verweise ich aufs Original. Die Symptomatologie bespricht Verf. in verschiedenen Abschnitten: 1) allgemeiner, 2) spezieller Teil, 3) regionäre Cyanose, 4) Austritt von Blut und Lymphe, 5) lokalisiertes und konstantes Auftreten der vasomotorischen Störungen. Bezüglich der näheren Ausführungen muß auf das Original verwiesen werden, da es zu weit führen würde, die Folgen der Hyperämie der einzelnen Organe hier aufzuzählen. Zahlreiche Krankengeschichten im Texte der einzelnen Abschnitte geben Belege für die aufgeführten Erscheinungen. Nach genauer Erörterung der bisher gegebenen Theorien für die regionäre Cyanose

(v. Recklinghausen, Weiß, Sahli) bespricht Verf. noch die Komplikationen, die durch andere Störungen vorkommen (cf. Original). Das Verhalten des Nervensystems und des Stoffwechsels, sowie die Beziehungen der vasomotorischen Ataxie zum Morbus Basedowii finden eingehende Erwähnung. Es gibt Fälle von Neurosen des peripheren Kreislaufapparates, die ausheilen, doch ist die Prognose zweifelhaft, im allgemeinen aber günstig. Die Arteriosklerose als Folgezustand ist selten. Nach der Besprechung der Therapie folgt Verzeichnis des Inhaltes der umfangreichen Arbeit.

Grosse (Kassel).

---

13) **J. B. Deaver and G. P. Müller.** Some points in the treatment of postoperative abdominal cases.

(Philadelphia med. journ. 1902. November 15.)

Verff. berichten über die Erfahrungen, die sie an dem reichen Krankenmaterial des German Hospital zu Philadelphia bei der Nachbehandlung von Laparotomierten gemacht haben. Folgende Punkte erscheinen erwähnenswert:

Nach schweren Blutungen machen Verff. eine intravenöse Infusion von 2—2½ Liter Kochsalzlösung. Die subkutane Applikationsform haben sie ganz aufgegeben. Außerdem wird alle 3—6 Stunden ein Klysma von 200 ccm Kochsalzlösung, die auf etwa 43° C. erwärmt worden ist, mit 30—50 ccm Whisky gegeben. Doch reagieren nach der Erfahrung der Verff. Fälle von akuter Perityphlitis mit schweren septischen Allgemeinerscheinungen auch auf diese Behandlung nur wenig.

Um die etwa 10—12 Stunden nach der Laparotomie auftretenden, vom erschwerten Abgang der Winde herrührenden, lästigen Symptome, namentlich den stechenden Schmerz in der Wunde bei Anwendung der Bauchpresse wirksam zu bekämpfen, wird auf eine halbe Stunde ein Darmrohr in den Mastdarm eingeführt. Ist nach 18 Stunden noch kein Erfolg da, so wird ein Einlauf von 60 ccm Milch mit Asa foetida und dem gleichen Teile Wasser verabreicht. Bleibt auch dieses Mittel wirkungslos, so werden Eisbeutel auf den Leib gelegt und ein hoher Einlauf von Terpentin, Glycerin und Magnesiumsulfat im Verhältnis 1 : 2 : 3 gegeben. Bei diesem Einlauf wird das Fußende des Bettes, bei zu erwartender Darmentleerung das Kopfende hochgestellt. Am 3. oder 4. Tage wird ein voller Einlauf gegeben oder durch ein Glas Magnesiumcitrat für Stuhlgang gesorgt.

Besonderen Wert legen Verff. auf Magenspülungen. Die unangenehme Rachenreizung beim Einführen des Magenschlauches soll dadurch wesentlich verringert werden, daß das Schlauchende mit dem Chloräthylspray abgekühlt wird. Tritt am 2. oder 3. Tage nach dem Bauchschnitt Übelkeit und Erbrechen auf, so wird der Magen, wenn nötig, alle 3—6 Stunden ausgespült. Dasselbe Verfahren empfehlen

Verff. nach Gallensteinoperationen, wenn Magenstörungen mit vorhanden waren, beim Erbrechen nach der Gastroenterostomie, endlich bei Pat., die zu wiederholten Malen wegen Verwachsungen zwischen Magen und Leber operiert wurden. In solchen Fällen ist der Magen während der ersten 24 Stunden alle 6 Stunden auszuspülen, da auf diese Weise möglicherweise die Neubildung von Verwachsungen vermieden wird. Dies Verfahren ist ferner bei eintretender Darmparese, wie man sie in leichten Fällen von Peritonitis oder als einfache postoperative Atonie oder endlich nach dem Gebrauch von Morphium beobachtet, zu empfehlen. Verff. haben Fälle von Peritonitis mit ileusartigem Erbrechen gesehen, wo rechtzeitige Magenspülungen mit Einverleibung von Purgantien und hierdurch angeregter Darmperistaltik geradezu das Leben der Pat. gerettet haben. Nach einer reichlichen Magenauswaschung werden durch den Schlauch 30—60 g Glaubersalz oder Magnesiumsulfat mit etwa 30 ccm Whisky oder flüssigen Peptonpräparaten eingeführt.

Opiate, vor allem Morphium müssen nach Bauchoperationen unter allen Umständen vermieden werden. Ihre oft gehandhabte Anwendung hat nach Ansicht der Verff. geradezu die Sterblichkeit der Bauchoperationen erhöht.

Läwen (Leipzig).

---

14) **M. Chaput.** Perforations de l'intestin grêle typhique ou autres simulant ou accompagnant l'appendicite.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 9.)

Bei drei Pat. hat C. statt der diagnostizierten resp. vermuteten Appendicitis bei der Operation Perforationen des Ileum gefunden (davon zwei typhösen Ursprunges). Er leitet daraus u. a. folgende Sätze ab: bei jeder Appendicitisoperation muß nach Perforationen am Darm systematisch gesucht werden; diese Perforationen erklären eine große Zahl von »Todesfällen durch Appendicitis« und geben eine neue Indikation ab für möglichst schnelles Eingreifen.

V. E. Mertens (Breslau).

---

15) **H. Dörfler.** Die Bauchfelltuberkulose und ihre Behandlung.

(Festschrift für Hofrat Goeschel.)

Tübingen, H. Laupp'sche Buchh., 1902.

Verf. stellte unter einem Material von 60 000 Kranken aus seiner und seines Bruders Praxis 32 primäre Bauchfelltuberkulosen fest (1,07% aller Tuberkulosen). »Alle diese Fälle wurden nach ungefähr gleichen Prinzipien je nach Lage der Erkrankung zunächst exspektativ oder konservativ mit Heranziehung aller bekannten wirksamen Heilfaktoren aus allen Gebieten der Therapie behandelt; versagten sie, so wurde der chirurgische Weg in den hierzu geeigneten Fällen eingeschlagen. Hierbei wurden 62,5% dauernde Heilungen erzielt.«

Konservativ verhält sich D., solange das Exsudat nicht durch seine Größe lebensbedrohend wirkt, solange kein oder nur mäßiges

Fieber vorhanden und wenn das Allgemeinbefinden nur wenig gestört ist.

Ist hektisches Fieber vorhanden, so geht D. chirurgisch vor, weil in diesen Fällen »fast sicher Heilung ohne Laparotomie ausgeschlossen« ist.

Weiter greift D. chirurgisch ein, wenn nach dreiwöchentlichem Fieber letzteres anhält, keine Verminderung des Ascites eintritt und der Kranke immer mehr abmagert. Er versucht dann zunächst die Punktion. Kehren danach die alten Erscheinungen wieder, so schreitet er zur Laparotomie.

Sehr frühzeitig sollen »die akut, meist mit andauerndem hohen Fieber ohne besondere morgendliche Remissionen auftretenden, von rascher Prostration des Kranken gefolgten Formen der Peritonitis tuberculosa« operativ behandelt werden. Ähnliches Verhalten gilt für die Tumorenform mit Ascites.

Die ulceröse eitrige Form der Peritonealtuberkulose hält D. »wegen ihrer Aussichtslosigkeit für ungeeignet zur Operation«.

Bei Laparotomien bevorzugt D. das Offenlassen der Bauchwunde, um so jederzeit das neu sich bildende Exsudat abzuleiten.

Neck (Chemnitz).

---

16) **G. Sultan** (Göttingen). Über die Begutachtung der Unterleibsbrüche.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

Wenngleich als feststehend angesehen werden muß, daß ein Bruch in allen seinen Teilen niemals durch eine einzige, wenn auch noch so starke Kraftanstrengung entstehen kann, daß also, wenn der Bruch plötzlich in die Erscheinung tritt, der Bruchsack schon irgendwie vorgebildet sein müsse, so erkennt das Reichsversicherungsamt doch eine Entschädigungspflicht an, sofern nur der Unfall als solcher sichergestellt ist. Hiervon ausgehend, bespricht S. die Diagnose des Unfallbruches und gelangt dabei zu folgenden Schlußsätzen: Ein Unfallbruch darf nur angenommen werden:

1) wenn wirklich ein Unfall oder eine über das übliche Maß der Arbeitsleistung hinausgehende Anstrengung stattgefunden hat, und zwar eine solche, die geeignet war, den intraabdominellen Druck zu erhöhen;

2) wenn aus den Ergebnissen der behördlichen Nachforschungen anzunehmen ist, daß vorher ein Bruch an dieser Stelle nicht bestanden hat;

3) wenn der angebliche Austritt des Bruches mit sehr heftigen Schmerzen verbunden war, die den Betroffenen zwangen, die Arbeit niederzulegen, und wenn der alsbald zu Rate gezogene Arzt auch auf Druck heftige Schmerzempfindungen auslösen kann;

4) wird ein Unfallbruch gewöhnlich klein sein, sehr häufig noch innerhalb des Leistenkanals sich befinden und nur ganz ausnahmsweise die Größe einer Citrone übersteigen.

Die Folgen von Zerreißungen im Bereich des Leistenkanals lassen sich nur sehr selten durch Schwellung oder Bluterguß schon äußerlich erkennen. Nicht verwendbar für die Beurteilung eines Unfallbruches ist das Vorhandensein einer Bruchanlage auch an anderer Stelle und die leichte oder schwere Reponierbarkeit des Bruches.

Kramer (Glogau).

---

17) **Deucher** (Bern). Über Rektalernährung.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903. Nr. 2.)

Verf. hält die auf dem letzten Kongreß für innere Medizin so wenig empfohlene Ernährung durch Klysma für gewisse Fälle, vor allem für die Behandlung des frischen Magengeschwürs und der Verätzungen, für unerläßlich. Als die besten Nährklystiere empfiehlt er 3 Eier mit 3 g Kochsalz und 200 g Wasser, denen nötigenfalls Opium zugefügt wird, oder aber Zuckerlösungen mit Opium (50 g Rohrzucker auf 500 g Wasser). Milch richtet durch Beförderung der Darmfäulnis mehr Schaden an, als sie bei dem geringeren Nährwert nützt. Dagegen ist Wein als stimulierender Zusatz zweckmäßig.

P. Stolper (Breslau).

---

18) **Brenner.** Über die chirurgische Behandlung des kallösen Magengeschwürs.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Unter penetrierenden kallösen Magengeschwüren hat man jene Magengeschwüre zu verstehen, die auf die Nachbarorgane übergreifen und mit derber kallöser Bindegewebswucherung bis zur Geschwulstbildung einhergehen. Sie verdienen eine gesonderte Stellung und Betrachtung und haben diese auch längst, schon seit Niemeyer, erfahren. Nach den Erfahrungen der letzten 10 Jahre scheinen sie häufiger zu sein, als man früher besonders in der Zeit annahm, in der Magenleiden noch seltener zur Operation kamen. Sie zeichnen sich durch eine oft jahrelange, von Zeiten der Besserung unterbrochene Dauer aus oder entstehen vielleicht auf der Basis eines weichen Geschwürs. Infolge ihrer Größe und Beschaffenheit ist ihre Heilungstendenz eine sehr geringe. Schon bei der anatomischen Betrachtung ist der Unterschied von einem weichen Magengeschwür in die Augen springend. Die entzündliche Wucherung des Bindegewebes beim kallösen Geschwür kann schon eintreten, ohne daß dasselbe die Magenwand durchbrochen hat, ja ohne daß Verlötungen und Verwachsungen vorhanden sind. Befördert wird der Stillstand im Fortschreiten des Geschwürs und die Heilung durch die Gastroenterostomie, welche die Stauung und die übermäßige Salzsäureproduktion behebt, so daß eine Vernarbung eintreten kann. Am segensreichsten wird eine frühzeitig angelegte Magen-Darmfistel wirken, welche vor Eintritt großer Geschwürsflächen und Verwachsungen hergestellt wird. Die intensiven Schmerzen des Leidens sind wohl

nicht auf die Verwachsungen, noch auf das Hineinfressen des Geschwürs in die Nachbarorgane zu beziehen, sondern wahrscheinlich auf die besondere Beschaffenheit des Geschwürsgrundes und seiner Umgebung, die derbe, entzündliche Infiltration, welche chemisch gereizt und durch die peristaltische Bewegung gezerrt wird. Für diese Annahme spricht auch das Aufhören der Beschwerden nach Gastroenterostomie. Die Diagnose des kallösen Magengeschwürs ist nur leicht, wenn es sich um tastbare Verdickungen der Magenwand und der Bauchdecken handelt, also bei Magen-Leber- und Magen-Bauchwandgeschwüren. Im übrigen bleiben auch für diese Form des Magengeschwürs nur die gewöhnlichen Symptome des Magengeschwürs übrig. Schwer zu beantworten ist die Frage, ob man bei der operativen Heilung die Fistelbildung oder die Resektion vornehmen soll. Meist wird wohl die Gastroenterostomie genügen, und Verf. hat in neun Fällen mit ihr befriedigende Dauerresultate erzielt. Die operative Loslösung der Verwachsungen ist nie von größerer Blutung gefolgt gewesen. Fällt man womöglich schon bei der Inzision oder bei der Ablösung des Magens in diesen und in das Geschwür hinein, so wird man eine Resektion vornehmen. Da die meisten Pat. recht herabgekommene Leute sind, ist die lange währende Resektion keine gleichgültige Operation; allein gelegentlich sind doch mit der Gastroenterostomie auch Mißerfolge bewirkt worden, so daß man unter Umständen die größere und eingreifendere Maßnahme, die Resektion, wählen muß. Aber auch diese sichert noch nicht den Erfolg, und v. Mikulicz fordert, daß man in Fällen mit bedeutender Pylorusenge neben der Resektion des Geschwürs auch noch die Gastroenterostomie oder Pyloroplastik machen müsse, weil sonst die Stauung und die Salzsäureüberproduktion nicht aufhört. Manchmal bleibt die Neigung des Magens zu neuer Geschwürsbildung oft auch nach Jahren noch bestehen, so daß eine wiederholte Lebensgefährdung eintritt. Aber solche gelegentlichen traurigen Zufälle können die Freude über die jahrelange Gesundheit und Arbeitsfähigkeit nicht stören, welche durch die Operation ermöglicht wird.

Am Schluß der Arbeit sind die Krankengeschichten der vom Verf. selbst chirurgisch behandelten 31 Fälle genauer mitgeteilt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

19) **M. Guillot.** De la gastrostomie par torsion de la muqueuse.

(Gaz. des hôpitaux 1902. Nr. 143.)

Eine völlig schließende Gastrostomiefistel erzielt G. durch folgendes Verfahren:

Schnitt durch den linken Rektus parallel den Rippen. Der Magen wird an der Bauchwand befestigt durch zwei Reihen von Knopfnähten (Material ? Ref.). In der einen Reihe fassen die Nähte Seromuskularis des Magens und das Peritoneum parietale nebst dem

Rektus, in der zweiten Reihe Seromuskularis des Magens und die oberflächliche Fascie. Nachdem jetzt Serosa und Muskularis inzidiert sind, wird die Schleimhaut mit einer Hakenpinzette gefaßt und möglichst weit vorgezogen, während sie mit der anderen Hand von ihrer Unterlage abgelöst wird, was leicht gelingt, ohne daß ihre Ernährung leidet. Nun wird der Schleimhautzipfel inzidiert, die Ränder werden mit einigen Klemmen gefaßt und das ganze freipräparierte Stück Schleimhaut um 180° gedreht. Zum Schluß fixiert man den Rand der Schleimhautöffnung mit feinen Katgutnähten an den der Hautwunde. **V. E. Mertens** (Breslau).

---

20) **Wilms.** Mechanismus der Knotenbildung des menschlichen Darmes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Die Knotenbildungen des Darmes haben bis auf den heutigen Tag noch nichts von ihrem Rätselhaften verloren. Auch trotz der exakten Untersuchungen von Gruber und Küttner wissen wir über den Vorgang der Entstehung von solchen Knotenbildungen nur wenig. Noch ist kein Mechanismus bekannt, der sie zu erklären vermöchte, und doch ist sie nach des Verf. Ansicht gar nicht so kompliziert und undurchsichtig, wie es im ersten Augenblick bei der Mannigfaltigkeit der Schlingenbildung scheinen muß.

Fast alle wirklichen Knotenbildungen mit Ausnahme weniger Raritäten knüpfen sich zwischen der Flexur und einer Ileumschlinge, die inkarzerierte Dünndarmportion gehörte in allen Fällen dem unteren Teile des Dünndarmes an. Es darf wohl daraus geschlossen werden, daß der untere Dünndarm soweit in die Strangulation und den Knoten hineingeht, bis er durch die Fixation am Blinddarm gehindert wird. Für die Knotenbildung sind einige Voraussetzungen nötig. Erstens ist eine lange Flexur notwendig. Günstig ist für die Knotenbildung, wenn der Scheitel der Flexur durch Gase oder Stuhl aufgetrieben, dagegen die Wurzel enger ist und ein schmales Mesosigmoideum aufweist. Ein zweites, sehr wesentliches Moment ist die Tätigkeit und der Einfluß der Peristaltik, speziell der Dünndarmperistaltik, welche bisher auch bei der einfachen Strangulation und Achsendrehung nicht richtig gewürdigt worden ist. Die gewöhnlichste Form einer Strangulation ist nach W.'s Untersuchungen folgende: Nimmt man an, durch Verwachsungen sei ein Ring in der Bauchhöhle gebildet, so kann ein kleines Stück des Dünndarmes bei irgend einer Veranlassung, bei starker Bauchpresse, bei einem Hustenstoß etc. in das Loch hineingeraten, ähnlich wie in den Bruchring einer Schenkelhernie. Nun kann es sein, daß der Ring so eng ist, daß gleich eine elastische Einklemmung eintritt und die Darmschlinge fixiert wird. Jetzt stellt sich eine peristaltische Welle ein, die den Inhalt der Schlinge austreiben will. Da aber dieser Inhalt nicht in den abführenden Schenkel gelangen kann, schafft er sich in der

Weise Raum, daß vom abführenden Schenkel noch ein Stückchen Darm weiter unter dem Ringe durchgezogen wird. Dieser Mechanismus arbeitet in gleicher Weise weiter und es wird so lange Dünndarm vom abführenden Schenkel hereingeholt, bis der Mesenterialstrang plus Darmrohr die Einklemmung so fest machen, daß kein Darm mehr eindringen kann. Zur Entwicklung dieses Mechanismus genügt schon eine mäßige Schwierigkeit der Passage, welche vielleicht durch Knickung des Darmrohres entsteht. Eine so kräftige Peristaltik ist allerdings bei länger dauernder Strangulation nicht mehr möglich, aber am Anfang kann sie sicher auftreten, wie Verf. an einschlägigen Beobachtungen nachweist; begegnet man doch auch bei Einklemmung größerer Dünndarmpakete nach Durchtrennung des Schnürringes öfters in regelmäßigen Abständen Schnürringen mit stärkerem Blutextravasat, die darauf hinweisen, daß jeder dieser Schnürringe eine Zeitlang in dem engen Ringe gesteckt hat. Man erkennt dabei, daß die Schädigung des Darmes nicht überall gleich stark ist, sondern geringer wird, je näher man zu dem am wenigsten geschädigten Schnürring am abführenden Schenkel gelangt. Da nun die Schädigung des Darms von der Dauer der Einklemmung abhängig ist, so ergibt sich aus diesem Befunde, daß die einzelnen Partien des Darmes verschieden lange eingeklemmt waren, also der Darm etagenweise in die Strangulation eingetreten ist. Das Ende des weiteren Durchtritts von Dünndarmschlingen ist am häufigsten dadurch gegeben, daß die Fixation des Blinddarmes dem untersten Ileumende das Folgen nicht weiter ermöglicht. Falsch ist deshalb der Ausdruck, daß der gefüllte Darm in die Löcher schlüpfe; der abführende Schenkel des Darmes wird vielmehr hineingezogen.

Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse ist W. der Aufgabe näher getreten, das Zustandekommen der Knotenbildung zu studieren, und er findet für all die verschiedenartigen Ereignisse doch ein einheitliches Prinzip und einen stets sich wiederholenden Mechanismus. Er besteht darin, daß sich unter die Flexurwurzel eine der anliegenden Dünndarmschlingen herunterschiebt und dort festgehalten wird. Unter der Wirkung der Peristaltik weitet sich das Darmrohr vor der Stenose und zieht weiter Darmschlingen unter der Flexurwurzel durch, in der Regel den ganzen abführenden Dünndarmschenkel bis fast an den Blinddarm. Die Klassifikation dieser Knotenbildungen ist eine andere als die von Gruber und hängt mit den Lagerungen von Dünndarm und Flexur zusammen, wie das des näheren in der Arbeit ausgeführt ist. Bei der Operation solcher Fälle wird man in erster Linie darauf bedacht sein, das Dünndarmpaket zu entleeren und den Dünndarm herauszuziehen; geht das nicht, so muß auch die Flexur entleert werden. Im übrigen sind die Erfahrungen über die Operation von Knoten des Darmes sehr gering wegen ihres schnellen Verlaufes, der oft schon am ersten Tage den Tod herbeiführt. Die äußerst interessante Arbeit kann nur dringend der genaueren Lektüre empfohlen werden, denn ein Referat kann bei der

Fülle der Einzelheiten und bei der Notwendigkeit, sich der zum Verständnis erforderlichen Zeichnungen zu bedienen, nur annähernd den umfangreichen Inhalt andeuten. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

21) **Anschütz.** Beiträge zur Leberresektion.

Breslau, Habilitationsschrift, 1902.

Einleitend zeigt A., daß es in älterer Zeit die Furcht vor Peritonitis, später die Schwierigkeit der Blutstillung und die Ungewißheit darüber, wieviel man ohne Schaden von dem Organ wegnehmen könne, war, was die Leberchirurgie zu keiner größeren Entwicklung hat kommen lassen. Das letztere Bedenken ist durch Ponfick beseitigt, der bewies, daß man größere Teile der Leber — bis zu drei Vierteln des Volumens — ohne Schaden bei Tieren entfernen kann, und daß die Leber bei Mensch und Tier eine staunenswerte Regenerationsfähigkeit durch Wiederaufbau des Lebergewebes unter Neubildung gleichwertiger Drüsenzellen besitzt.

Da wir die Peritonitis heute nicht mehr zu fürchten haben, so bleibt noch die Frage der Technik, deren Angelpunkt die Blutstillung ist.

Es wird ein Explorationsschnitt in der Linea alba oder am äußeren Rektusrande empfohlen, von dem aus man erst beurteilen kann, ob eine Resektion möglich ist und welche Hilfsschnitte noch anzulegen sind. Hauptsache ist weites Klaffen der Schnitte. Zur Freilegung der Zwerchfelloberfläche der Leber kann man den 8., 9., 10. und 11. Rippenknorpel resezieren, doch ist A. der Meinung, daß man der ungefährlichen Durchtrennung der Leberbänder den Vorzug geben solle. Nach Möglichkeit ist einzeitig zu operieren. Ob man das Lebergewebe stumpf oder scharf durchtrennen will, das hängt von der Wahl der Blutstillungsmethode ab. Es werden besprochen: I. die regressiven Maßnahmen gegen die Blutung: Tamponade, Digitalkompression, permanente Kompression, thermische Methoden, tiefgreifende Nähte, Ligatur und Umstechung. Hervorzuheben ist hier, daß es als das Idealverfahren erscheint, die angenommene Lebergeschwulst zu resezieren, das Lebergewebe durch tiefgreifende Nähte sofort wieder zu vereinigen und so zugleich die Blutung zu stillen. Doch wird dies nur selten möglich sein. Da ist es höchst wichtig, aus den Experimenten von Kusnezoff und Pensky zu wissen, daß die Lebergefäße, entgegen manchen bisherigen Anschauungen, genau dieselbe Widerstandsfähigkeit besitzen, wie die Gefäße anderer Organe, daß sie also genügend Halt bieten, um sie umstechen oder einfach unterbinden zu können. Diese Erkenntnis ist desto wertvoller, weil die übrigen oben erwähnten Methoden unsicher und außerdem, wie besonders die thermischen, mit großen Übelständen verknüpft sind. Das gleiche gilt von der zweiten Reihe: den präventiven Maßnahmen gegen die Blutung, dem Abklemmen durch federnde Klemmen, der temporären Kompression der Vena

portae und Arteria meseraica, der elastischen Ligatur. Daß alle diese temporären Blutstillungsmethoden hier und da einmal versagt und zu großen Schwierigkeiten geführt haben, beweist A. durch eine interessante Zusammenstellung eigener und aus der Literatur gesammelter Erfahrungen. Um so erfreulieber ist es, daß man nunmehr in dem Verfahren von Kusnezoff und Pensky in der Breslauer Klinik einen Modus gefunden zu haben scheint, der allen Anforderungen gerecht wird.

Dieses sogenannte intrahepatische Unterbindungsverfahren fußt auf der Elastizität und Haltbarkeit der Gefäße des Lebergewebes. Der zur Resektion bestimmte Leberteil wird vor der Resektion durch eine Reihe von Massenligaturen von dem Organ abgegrenzt. Hauptsache ist dabei, daß man das Lebergewebe rücksichtslos, unbekümmert um das Einschneiden der Fäden, zusammenschnürt. Das Leberparenchym wird durch die Fäden zerdrückt, die in ihm enthaltenen Gefäße werden wie Garben in einem Generalbündel znsammengerafft und alle auf einmal umschnürt.

Die nähere Schilderung der Anlegung der Ligaturen muß im Original nachgelesen werden. An einer Reihe von Fällen aus der Mikulicz'schen Klinik wird die Zuverlässigkeit der Methode erwiesen.

Bertelsmann (Hamburg).

---

22) **Hirschberg.** Die Behandlung schwerer Lebererkrankungen durch Anlegung einer Leber-Gallengangsfistel.

(Berliner Klinik Hft. 172.)

Verf. hat die Anlegung einer derartigen Fistel auf dem 19. Kongreß für innere Medizin empfohlen, nachdem ihm dieselbe bei chronischer Gallenstauung gute Dienste geleistet hatte in einem Falle, wo er damals hypertrophische Lebercirrhose diagnostiziert hatte. Wie H. jetzt mitteilt, fand sich als Todesursache »Leberkrebs«.

Aus dem mitgeteilten Sektionsprotokoll ergibt sich, daß ein Mastdarmkarzinom mit metastatischen Knoten in der Leber vorlag. Außerdem fand sich im Ductus choledochus ein 3 cm langer und 1 cm breiter, ziemlich glatter, nicht verwachsener Stein. Die Operation hat dem Pat. aber wesentliche Erleichterung verschafft und ist auch später von Rotter in einem Falle von Cholangitis mit gutem Erfolge angewendet worden.

Außer bei infektiöser Cholangitis, wo die Operation in Konkurrenz mit der Hepaticusdrainage tritt, ist sie indiziert »bei allen Fällen von Gallenstauung, die Platz greift im Verzweigungsgebiete des Ductus hepaticus, also leberwärts von dessen Stamm. Im einzelnen käme in Betracht: Hepaticusverstopfungen durch Karzinom oder Sarkom, Kompressionen des Hepaticus durch nicht operierbare Tumoren, Obliterationen derselben durch bindegewebige Wandverdickungen, Verstopfungen durch Askariden, sowie kongenitale Obliterationen«.

H. legte die Leber-Gallengangsfistel an in der Absicht, einen Gallenabszeß zu operieren, indem er mit einem dicken Trokar 6 bis 7 cm tief in den linken Leberlappen nach Freilegung desselben hineinstieß, den Punktionskanal mit einer Kornzange auf Fingerumfang erweiterte, nachdem die Bauchhöhle durch Tamponade geschützt war. Der so gebildete Kanal wurde mit mehreren Gazestreifen austamponiert, welche zur Bauchwunde hinausgeleitet wurden und am 5. Tage p. o. entfernt werden konnten.

Bertelsmann (Hamburg).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der Breslauer chirurgischen Klinik.)

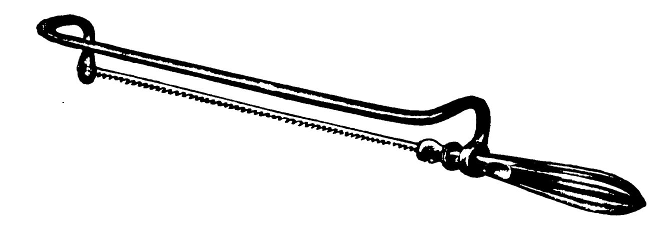
Eine neue Säge.

Von

Dr. **Victor E. Mertens**, Volontärassistenten.

Das Instrument, auf das ich hier in Kürze aufmerksam machen möchte, ist schon 4 Jahre alt. Ich konstruierte es, um bei der Bier'schen Unterschenkelamputation das Absägen des Knochendeckels in einem Zuge zu ermöglichen[1]. Obgleich es seinen Zweck in vollkommener Weise erfüllte, wurde von einer Publikation abgesehen 1) weil ich nachher erfuhr, daß Stille-Stockholm eine Säge nach ähnlichem Prinzip gebaut habe, 2) weil die von Bier (Sammlung klin. Vorträge Nr. 264) empfohlene modifizierte Helferich'sche Bogensäge nicht nur zum Absägen des Deckels, sondern auch zur Vollendung der Amputation benutzbar ist. Letzteres aber ist mit meiner Säge — es sei denn, daß sie in anderen Dimensionen ausgeführt wird — nur in Ausnahmefällen möglich, wenn nämlich die Knochen an der Amputationsstelle besonders dünn sind.

Vor einem Jahre wurde ich veranlaßt, das Instrument Herrn Geh.-Rat v. Mikulicz zu zeigen, der es seitdem mehrfach benutzt hat: bei der Bier'schen Amputation (am Lebenden und an der Leiche im Operationskurs), bei der Kniegelenksresektion etc. Seitdem ist es an eine Reihe von Fachgenossen in Deutschland, Rußland und in Belgien geliefert worden.



Die Säge ist im Prinzip eine Laubsäge mit rechtwinklig zur Sägefläche abgeknicktem Bogen. Sie ist relativ sehr leicht und liegt mit einem schwereren Griff fest in der Hand. Das 23 cm lange Sägeblatt (wovon 18—19 cm mit Zähnen) wird mit einem Schraubengange, der in dem Griffe liegt, gespannt. (In der Abbildung ist das Blatt nicht gespannt.) Ursprünglich verwendete ich die gewöhnlichen, fabrikmäßig hergestellten Laubsägen. Da diese aber sehr langsam arbeiten, werden die Blätter jetzt mit der Hand angefertigt, und zwar mit geschränkten

[1] Das erste Modell wurde von dem verstorbenen Instrumentenmacher Simsky in Königsberg i/Pr. angefertigt.

Zähnen, wodurch ein viel schnelleres Sägen möglich wird. Die Breite des Sägeblattes entspricht mit ihren 2—3 mm vollkommen den von Bier (l. c.) gestellten Forderungen. Die von den Laubsägen übernommenen Schraubenkloben zum Einspannen der Blätter sind beseitigt. Die Endlappen werden jetzt mit kleinen Querzapfen in den Bügel eingehängt.

Das Instrument wird für die rechte Hand hergestellt, kann aber natürlich jederzeit für die linke gearbeitet werden.

Die Handhabung bei der Bier'schen Amputation ergibt sich von selbst; sie entspricht der einer Laubsäge. Mit senkrecht zum Knochen gerichteter Sägeblattfläche wird so tief eingesägt, als die Dicke des Deckels betragen soll. Dann wird die Sägeblattfläche unter kurzen, schnellen Zügen um 90° gedreht, so daß sie in der Ebene der Längsachse des Knochens liegt. Nun wird so weit gesägt als die Länge des Deckels betragen soll. Ist letzterer nicht zu dick geworden, so kann er durch weitere Drehung des Instrumentes auch noch von unten eingesägt werden.

Die Verwendbarkeit der Säge ist eine sehr mannigfaltige. Besonders möchte ich darauf hinweisen, daß glatte Bajonettschnitte an den Röhrenknochen leicht und schnell mit ihr auszuführen sind.

Geliefert wird das Instrument von Georg Haertel, Breslau I, Albrechtstr. 42.

---

23) **M. Patel.** Rhumatisme tuberculeux chronique.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 1.)

Ein neuer Beitrag zu dem schon öfter von Poncet und seinen Schülern (Maillard, siehe Zentralblatt für Chirurgie 1901 Nr. 22) behandelten Kapitel des polyartikulären Rheumatismus auf tuberkulöser Basis. Es handelt sich um eine 44jährige Frau, in deren Familie Lungentuberkulose (Mutter (?), Bruder) vorkam. Sie selbst hatte vor 9 Jahren im Anschluß an eine Influenza Bluthusten und einen Pleuraerguß. Gleichzeitig traten Schmerzen im rechten Knie und an den Fingergelenken der linken Hand auf, stellenweise mit Rötung der Haut; ferner Schmerzen bei Bewegungen in der linken Schulter. Das alles verschwand trotz des Zurückgehens der Lungenerscheinungen nicht mehr vollständig. Vor einigen Monaten wurde Pat. an einer Reiskörpercyste des rechten Handrückens operiert. Gegenwärtig sucht sie die Klinik wegen unerträglicher Schmerzen in den Fingergelenken auf. An diesen konstatiert man eine Ankylose in leichter Beugestellung; an einigen Gelenken Schwellungen, welche das Gefühl von Fluktuation vortäuschen. Rings um die Phalangealgelenke, ferner im Verlauf der Beuge- und Strecksehnen sind Verdickungen im Gewebe zu fühlen. Die Daumengelenke zeigen die Schwellung der Synovialis in geringerem Grade. An den übrigen Gelenken nichts. Das skiaskopische Ergebnis an den Händen negativ.

P. bezeichnet den beschriebenen Zustand mit Poncet als den ersten Grad der Manifestation einer tuberkulösen Infektion im Bereich der Gelenke (Hydarthrose polyarticulaire). Es wäre interessant, über den weiteren Verlauf der Affektion resp. über den pathologisch-anatomischen Befund näheres zu erfahren.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

24) **M. Patel.** Le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux ou pseudo-rhumatisme infectieux à marche aiguë, d'origine bacillaire.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 10.)

P. faßt in einer kleinen klinischen Studie die Erscheinungsweisen des akuten tuberkulösen Gelenkrheumatismus zusammen und stellt einige Typen auf:

1) Die Gelenkerscheinungen gehen anderen tuberkulösen Manifestationen voraus; sie treten meist bei hereditär belasteten Individuen auf und werden bis zum Ausbruch einer ausgesprochenen lokalen tuberkulösen Affektion für rein rheumatisch gehalten.



2) Im Verlaufe einer zweifellosen tuberkulösen Erkrankung (interner oder chirurgischer Natur) treten polyarthritische Erkrankungen auf.

3) Gleichzeitige Entwicklung der artikulären Erscheinungen mit anderen als tuberkulös sicher erkannten Affektionen.

Als Beispiel für die letztere Gattung führt P. folgenden Fall an: Ein 20jähriges Mädchen von sehr elendem, anämischen Habitus, bei dem sich über der linken Lungenspitze einige Rasselgeräusche nachweisen lassen, erkrankt plötzlich unter Fieber (40°) mit Anschwellungen und Schmerzen in beiden Fußgelenken und den Peroneusscheiden; 3 Tage später wird das rechte Handgelenk ergriffen; nach 7 Tagen Hämoptoe, Lungenerscheinungen, enorme Tachykardie; im Sputum Tuberkelbazillen. Die im Beginn der Erkrankung vorgenommene antirheumatische Therapie (Salicyl) war erfolglos. Dagegen trat nach drei Kreosotklystieren erhebliche Besserung ein. Die Gelenkaffektion hält P. für eine akute tuberkulöse Affektion von rheumatischem Charakter. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

25) **C. Mastri.** Le zona comme complication du tétanos traumatique.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 2.)

Bei einem 18jährigen Mädchen trat 8 Tage nach einer Verletzung der Fersenhaut Starrkrampf auf, welcher am 28. Tage tödlich endete. Gleich im Beginn der Erkrankung klagt das Mädchen über heftige Schmerzen im Verlauf des 7. linken Interkostalnerven, welche als Neuralgie gedeutet wurden. 2 Wochen später deutlicher Herpes zoster mit Rötung, Ödem und schmerzhafter Schwellung der gleichseitigen Axillardrüsen. M. hebt hervor, daß mit dem Auftreten der Zona eine Verschlimmerung der Symptome auftrat, und faßt dieselbe als prognostisch ungünstig auf. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

26) **P. Gatzky.** Ein Fall von Tetanie gastrischen Ursprunges im Anschluß an Trauma.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 330.)

34jähriger Schreiner, bisher — abgesehen von zeitweisem leichtem Magendruck — nie ernstlich krank, geht dem evangelischen Krankenhause zu Düsseldorf (Dr. Schultze) zu wegen starker Kontusion des Unterleibes durch einen von der Drehbank abspringenden Meißel. Starke spontane Schmerzen, diffuse Druckempfindlichkeit der Magengegend bei brettharter Leibesspannung, mehrmals Brechen. Ord.: Opium und Morphium, leichte Kost, worauf Besserung und Abgang des mit der Diät unzufriedenen Pat. nach 9 Tagen. Wiedereintritt nach 2 Tagen wegen neuerlicher starker Leibschmerzen und starken Erbrechens. Bei Ruhe und ganz leichter Kost abermals in jeder Beziehung Besserung, so daß Pat. nach 10 Tagen das Bett verläßt. 3 Tage später Rezidiv des Brechens und der Magenschmerzen, wonach rascher Verfall. Nach wieder 2 Tagen setzt eine akute Tetanie mit typischem Symptomenensemble ein und führt in 2 Tagen zum Tode. Der Leib war zuletzt aufgetrieben, und waren aus dem plätschernden Magen mit dem Schlundrohre reichliche Mengen übelriechenden flüssigen Mageninhaltes entfernbar gewesen. Sektion: Magen kolossal aufgebläht, bis unter die Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichend. Zwischen rechter Niere und dem vertikalen Duodenum eine retroperitoneale, $^1/_2$ Liter zerfallenen Blutes enthaltende, kindskopfgroße Geschwulst, welche das Duodenum völlig komprimiert. Normale geschwürsfreie Schleimhaut im Magen und Duodenum, keine Pylorusstenose.

Zur Erklärung des Krankheitsbildes der Tetanie ist in diesem Falle an eine Autointoxikation zu denken das nächstliegende, da die Krämpfe erst dann begannen, als der Mageninhalt unter Aufhören von Erbrechen stagnierte. Zur Erklärung der akuten Magendilatation gibt der das Duodenum komprimierende Bluterguß genügenden Aufschluß. Die einschlägige Literatur, zum Schluß in einem Verzeichnis von 18 Nummern zusammengestellt, ist bei Besprechung der Beobachtung herangezogen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

27) **Schüssler.** Leichte und schwerere Neurosen.

(Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. LXVII. p. 524. — Festschrift für Esmarch.)

Die Arbeit bringt sieben flott erzählte, interessant und nett zu lesende Krankengeschichten ohne jede Begleitbetrachtungen. Fall I—IV betreffen typische Gelenkneurosen verschiedener Gelenke, zum Teil lange Zeit von anderer Seite verschiedentlich erfolglos vorbehandelt, von S. nach Esmarch'schem Prinzip in antihysterischer Weise mit rücksichtsloser Bewegung und Gymnastik, kalter Dusche etc. in kurzer, teilweise kürzester Zeit beseitigt. Der Inhalt der übrigen Mitteilungen sei durch Reproduktion der Krankengeschichtsüberschriften angedeutet: »V. Hysteroepilepsie. Kastration. Heilung. VI. Epilepsie nach Trauma. Operation. Heilung. (Narbenexzision am Kopfe.) VII. Traumatische Porencephalie. Osteoplastische Schädelresektion. Heilung. Besserung der Epilepsie«.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **L. Kredel** und **R. Beneke.** Über Ganglioneurome und andere Geschwülste des peripheren Nervensystems.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 239.)

Die Arbeit enthält eine Sammlung folgender Abhandlungen:

I. Multiple Ganglioneurome des Sympathicus. Es handelt sich um ein gut entwickeltes 5jähriges Mädchen, das seit dem ersten Lebensquartal zahlreiche Geschwülste unter der Haut am ganzen Körper bekommen hatte, zur Zeit etwa 160. Zwei besonders entstellende Geschwülste im Nacken und an der rechten Schläfe wurden auf Wunsch der Eltern von K. exstirpiert. Genaue histologische Beschreibung derselben von B., durch zahlreiche mikroskopische Figuren erläutert. Vergleich des Falles mit den spärlichen ähnlichen Beobachtungen.

II. Bericht über die weiteren Schicksale des von Kredel operierten, von Busse untersuchten und veröffentlichten Falles von Ganglioneurom. Der Bericht betrifft den in unserem Blatte 1898 p. 1302 referierten Fall. Der Knabe, dem seinerzeit eine sehr große Geschwulst aus dem Leibe exstirpiert worden, befindet sich überraschend gut. Die vor der Operation bestehende Sphinkterenlähmung ist geschwunden, desgleichen die Lähmungen am rechten Beine, es ist Gehfähigkeit vorhanden.

III. Neurofibrom des Fußrückens; 5 Jahre nach Exstirpation großer Tumor am Ischiadicus. Exstirpation mit Erhaltung der Kontinuität des Nerven etwa in seinem halben Durchmesser. Nach 13 Jahren kein Residiv und normale Funktion (Dr. Kredel).

IV. Angeborener Tumor am Oberarm eines 2monatlichen Kindes, die Nn. medianus und ulnaris, sowie die großen Gefäße umfassend. Resektion beider Nerven auf mehrere Centimeter. Nervenplastik nach 4 Monaten; fast völlige Wiederherstellung der Funktion. Kontrolle nach 9 Jahren (Dr. Kredel). Die Geschwulst war ein Spindelzellensarkom (Beneke). Bei der Revision nach 9 Jahren bestand im Ulnarisgebiet vollständige und im Medianusgebiet unvollständige Funktion.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) **C. Achard** et **C. Laubry.** Méningites à pneumocoque. Résultats de la ponction lombaire.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 27.)

Aus den drei Fällen, über welche die Verff. berichten, ist folgendes bemerkenswert:

Fall I: Erste Punktion ergibt 96% polynucleäre Zellen, 3 bis 4% Lymphocyten; $\Delta = -0{,}54°$; nach Gram färbbare Diplokokkenketten. Zweite Punktion ergibt fast 100% polynucleäre Zellen, beinahe Reinkultur des erwähnten Diplokokkus, $\Delta = -0{,}63$.

Fall II: 70% polynucleäre Zellen, 28—29% Lymphocyten; Diplokokkus, nach Gram färbbar; $\Delta = -0{,}55°$.

Fall III: Keine zellulären Elemente; keine Mikroben; $\Delta = -0{,}64°$.

Die Arbeit enthält interessante Einzelheiten in den drei Krankengeschichten und Epikrisen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

30) **P. L. Friedrich.** Mitteilungen zur Hirnpathologie, insbesondere zur Pathologie des Stirnhirns, zugleich ein Beitrag zur Frage nach der Bedeutung des örtlichen Hirndruckes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 656.)

Die Abhandlung stellt sich als ausführlichere Bearbeitung eines von F. auf der vorjährigen Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrages dar, bezüglich dessen wir auf den betreffenden Selbstbericht in diesem Blatte 1902, p. 1197, verweisen. Dem dort berichteten besonders interessanten Falle von mit psychischen Störungen verbundener, mit Erfolg operierter Geschwulst des Stirnhirns werden noch drei weitere Fälle von Stirnhirnerkrankung angefügt. Fall 2 betrifft eine ausgedehnte traumatische Zertrümmerung des rechten Stirnhirns, gut geheilt mit entsprechendem Defekt von Hirn und Schädelkapsel. Niemals bestanden Anzeichen psychischer Alteration. In Fall 3 handelt es sich um einen jungen Mann, welcher nach mehrfachen Operationen wegen einer retrobulbären Geschwulst ein Rezidiv zeigte, welches das knöcherne Dach der Orbita vollständig, das linke Stirnhirn in weitem Umfange zerstört hatte, ohne daß psychische Störungen auch nur angedeutet in die Erscheinung traten; es wurde eine weitgreifende Abtragung des linken Stirnhirns vorgenommen, danach die Hirnwunde nach außen offen gehalten: auch hiernach wurden irgendwelche psychische Alterationen nicht nachweisbar. Der Kranke genas von der Operation (die freiliegende granulierende Hirnwunde in der Gegend der entfernten Orbita wurde mit Thiersch'schen Hauttransplantationen gedeckt — s. Abbildung) und war eine Zeitlang arbeitsfähig, starb aber 9 Monate p. op. ganz plötzlich. Von Interesse ist hier, daß sich die Geschwulst von Anfang an ohne Druck bei vorhandener Schädellücke unter freier Kommunikation mit der Außenwelt entwickelte. Nach eingetretener Heilung der Operation hatte ein gelegentlich mit der Hand auf die große freiliegende Hirnfläche ausgeübter Druck auch keine Beeinflussung der Psyche zur Folge. Hingegen scheinen in Fall 4, wo sich bei einer 75jährigen Pat. eine auf der Innenseite des Stirnbeines 3 cm sich vorwölbende Geschwulst bei der Sektion fand (Operation war abgelehnt), die im Leben vorhandenen psychischen Lähmungserscheinungen durch umschriebenen örtlichen Druck auf den vorderen Pol des linken Stirnhirns bei lückenloser Erhaltung des Schädeldaches zustande gekommen zu sein. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

31) **F. Franke.** Über einen Echinokokkus des Stirnhirns von außergewöhnlicher Größe, nebst Bemerkungen über die Operation des Echinokokkus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 271.)

F.'s Fall betrifft einen 11jährigen Knaben, bei dem die Diagnose des Leidens aufs beste gestellt war, die Operation aber nach 6 Stunden zum Tode führte. Das Symptomenbild war im wesentlichen folgendes: auffallende Vergrößerung des Kopfes mit Bevorzugung der rechten Stirn- und Scheitelbeingegend, eigentümlicher »scheppernder« Perkussionston daselbst mit Gefühl von praller Undulation, Charakterveränderung unter Annahme eines burschikos-schnoddrigen Gebahrens. Parese der ganzen linken Körperhälfte, leichte Pupillenerweiterung links, bisweilen choreatische Bewegung der linken Hand. Dagegen fehlten schwere Hirndruckzeichen, als Kopfweh, Brechen, Schwindel, Sehstörung und Stauungspapille. Der Verdacht auf Echinokokkus war durch das anamnestisch festgestellte häufige Spielen mit Hunden gegeben. Bei der Operation war der Verdünnung des Schä-

dels wegen ein osteoplastischer Lappen leicht zu machen. Ein leichter Probeschnitt in die prall elastisch sich vorwölbende, nicht pulsierende Dura ließ das Messer sofort in eine große, reichlich Wasser im Schusse entleerende Höhle versinken. Die abgelöste Blasenwand eines mächtigen Echinokokkus wird extrahiert. die Höhle locker mit Jodoformgaze gefüllt, der Schädel wieder geschlossen. Der Tod erfolgte unter epileptischen Krämpfen. Bei der Sektion zeigte sich die Hirnhöhle 14 cm lang und noch 650 ccm Wasser fassend. Nähere Untersuchung wurde durch Verlorengehen des Präparates verhindert.

F. bespricht nach Mitteilung seines Falles denselben nach allen Richtungen unter Vergleich der einschlägigen Literatur gründlich, worüber auf das Original zu verweisen ist. Erwähnt sei nur, daß er jetzt therapeutisch eine vorsichtige Punktion bei geöffnetem Schädel, event. auch eine Formalin-Glycerininjektion empfiehlt. Nur bei kompakt-breiigem Inhalt der Echinokokkusblase möge inzidiert und der Inhalt ausgeräumt werden.

Im Eingang der Arbeit werden noch zwei andere chirurgische Operationen des Verf. kurz berichtet. Der Erfolg war beide Mal kein guter.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) Schäffer. Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Trigeminusneuralgie.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Verf. berichtet über die in den letzten 10 Jahren in der chirurgischen Klinik zu Breslau operierten Fälle.

Bei acht Kranken wurden periphere Resektionen ausgeführt. Von diesen blieb nur ein Fall völlig rezidivfrei. Viermal wurde die Extraktion des zweiten Astes an der Schädelbasis vorgenommen. Bei sämtlichen Operierten waren nach kürzerer oder längerer Zeit Rezidive zu verzeichnen.

In drei weiteren Fällen wurde der dritte Ast an der Schädelbasis entfernt. Einer von diesen Kranken befand sich nach $4^3/_4$ Jahren noch völlig wohl; bei einem zweiten Kranken traten 11 Monate nach der Operation im zweiten Aste Schmerzen auf, und der dritte Kranke hatte einige Wochen nach dem Eingriffe bereits wieder Schmerzen.

Fünfmal wurde intrakraniell operiert und hierbei wurde zweimal nur ein Teil des Ganglion Gasseri entfernt. In dem einen dieser Fälle war 4 Jahre nach der Operation eine »leichte Schmerzhaftigkeit« aufgetreten, im zweiten Falle bestand 6 Jahre später völliges Wohlbefinden.

Von den Pat., bei welchen das Ganglion völlig entfernt wurde, war in einem Falle 6 Jahre nach der Operation noch kein Rezidiv aufgetreten.

Ein Operierter starb an Sepsis im Anschlusse an die Operation, ein zweiter nach $5^1/_2$ Monaten im Anschlusse an einen anderen Eingriff. Verf. glaubt jedoch (bezüglich des zweiten Verstorbenen), daß »durch die während der Operation (Entfernung des Ganglion; Ref.) stattgehabte überaus heftige Blutung, verbunden mit den zu ihrer Bekämpfung notwendigen Maßnahmen, so schwere Veränderungen im Gehirn gesetzt worden sind, daß der Tod des Pat. in mittelbaren Zusammenhang mit der operativen Entfernung des Ganglion Gasseri gebracht werden müsse.

Neck (Chemnitz).

33) Hamm. Ein seltener Tumor der Nasenschleimhaut.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 8.)

Die derbe, gelappte, kirschgroße Geschwulst, welche an dem vorderen Ende der unteren Muschel saß und starke Blutungen veranlaßte, war ein kavernöses Lymphangiom, welches bisher in der Nase noch nicht beobachtet worden ist. Nach der ersten Abtragung trat rasch ein Rezidiv ein, nach dessen Beseitigung mit nachfolgender (50%iger) Chlorzinkätzung der 17jährige Pat. jetzt bereits über 3 Jahre gesund geblieben ist.

Kramer (Glogau).

34) **E. Fischer.** Sur un cas de kyste lacrymal bilatéral guéri par la résection du cornet inférieur.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 51.)

Im Laufe von 7 Jahren hatten sich zu beiden Seiten der Nasenwurzel zwei eigroße, fluktuierende Geschwülste entwickelt; dabei bestand ein beträchtliches Ektropium und Diplopie. Pat. war bisher von Augen- und Nasenspezialisten ohne Erfolg behandelt worden, obwohl man mit der Sonde tief fast bis in die Nähe des nasalen Endes des Ductus lacrymalis kam. Verf. konstatierte beiderseits eine Hypertrophie der vorderen Hälften der unteren Muschel; um von der Nase aus die Sondierung vornehmen zu können, resezierte er die hypertrophischen Partien, und sofort fielen die geschilderten Geschwülste zusammen; anfangs blähte sich die Haut beim Schneuzen der Nase noch auf, bald aber war der Erfolg ein dauernder, abgesehen von einem unbeträchtlichen Ektropium.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

35) **O. Kappeler.** Über die operativen und funktionellen Erfolge der Operation der angeborenen Gaumenspalte.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 92.)

K. berichtet über 82 Fälle von ihm operierter Gaumenspalten und die dabei erzielten sehr guten Resultate. Zunächst werden die Pat. nach ihrem Lebensalter in vier Gruppen geteilt und die Einzelnheiten von jeder derselben mitgeteilt, dann folgt das Gesamtresumé. Der größte Teil der Kranken konnte noch Jahr und Tag nach der Operation weiter beobachtet werden, sehr viele erhielten von sachverständigen Lehrern methodischen Sprachunterricht, so daß die Endresultate auch hinsichts des Sprachvermögens meist klargestellt sind. Von sämtlichen Operierten sind 51,2% durch eine, 35,3% durch wiederholte Operationen geheilt, unvollständig gelangen 8,5% und gänzlich mißlangen 4,8%. An den unmittelbaren Operationsfolgen starb kein Pat. Von den 71 glücklich Operierten sind bis jetzt 4 gestorben, bei 3 ist das funktionelle Resultat unbekannt, bleiben 64 verwertbare Fälle. Von diesen bekamen 38 (59,3%) teils ohne weitere Behandlung, teils mit Sprachunterricht allein, teils mit Sprachunterricht plus Obturator eine normale Sprache, 10 = 17,1% eine wesentliche Besserung der Sprache, 5 Kranke harren noch des Sprachunterrichts, 11, die niemals Sprachunterricht nahmen, verbesserten durch die Operation ihre Sprache nicht wesentlich.

Was die Auswahl der Zeit für die Operation betrifft, so fand K. im Widerspruch mit Julius Wolff, daß durch eine sehr frühzeitige Operation ein Schutz gegen schädliche Einflüsse (Infektionskrankheiten, Lungenaffektionen) nicht sicher zu erreichen ist, daß aber zweckmäßigerweise die Operation noch vor Beginn der Schulpflicht, um den Kindern die in der Schule kommenden Anfechtungen und Neckereien zu ersparen, erledigt werden sollte, so daß also das 2.—6. Lebensjahr dazu zu wählen sein würde. Sehr eingehend erörtert K. die von ihm geübte und bewährt befundene Operationstechnik, woran sich ein eingehender interessanter Bericht der Sprachlehrer, welche K.'s Pat. den einschlägigen Unterricht gaben, über die hier von ihnen benutzte Methode anschließt. Nachdem dann auch über die Obturatoren (von Brugger und Schiltsky) einiges bemerkt, folgen schließlich die Krankengeschichten der bearbeiteten Fälle.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

36) **v. Bruns.** Zentrale Aktinomykose des Unterkiefers. (Aus der chirurgischen Klinik in Tübingen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 6.)

Während beim Rinde die zentrale Aktinomykose des Kiefers ein häufiges Vorkommnis ist, ist dieselbe beim Menschen, bei welchem überhaupt der Kieferknochen nur sehr selten beteiligt und gewöhnlich nur die Weichteile der Unterkiefergegend ergriffen sind, bisher nur in sehr wenigen Fällen beobachtet worden. v. B.

selbst fand unter 42 Fällen von Aktinomykose des Kopfes und Halses aus seiner Klinik fünfmal den Unterkiefer ergriffen; in zwei Fällen bestand nur oberflächliche Karies, in zwei anderen waren kleine Hohlräume im Knochen mit minimalen Sequestern und im fünften eine zentrale Neubildung (zentrales Aktinomykom) vorhanden. Ein Fall dieser letzteren Art ist bisher nur einmal — von Ducor-Poncet — beschrieben worden, so daß der v. B.'sche besonderes Interesse erregen dürfte. Bei dem betreffenden Pat., einem 30jährigen Manne, hatte sich innerhalb eines halben Jahres eine von gesunden Weichteilen bedeckte knochenharte Geschwulst des Kieferwinkels, aufsteigenden und horizontalen Astes in seiner an ersteren sich anschließenden Hälfte entwickelt; nirgends bestanden Erweichungsherde. Da die Geschwulst beständig wuchs und Schmerzen verursachte, wurde die Operation in der Annahme, daß ein Sarkom vorliege, beschlossen. Bei der Resektion des Kieferwinkels wurde eine ausgedehnte Höhle innerhalb des Knochens eröffnet, welche von sarkomähnlichen Gewebsmassen ausgefüllt und von weicher, rauher Knochensubstanz begrenzt war. Die sofort ausgeführte Untersuchung ergab wohlentwickelte Aktinomycesdrusen, so daß sich v. B. mit der Ausschabung der Höhle begnügen konnte. Pat. ist seitdem — seit 10 Jahren — geheilt. (Ref. hat vor $^1/_2$ Jahre einen analogen Fall von zentralem Aktinomykom der Kinnpartie des Unterkieferknochens bei einem 40jährigen Landwirt beobachtet und durch Ausschabung der aktinomykotischen Geschwulstmassen und Resektion der vorderen Wand der großen Knochenhöhle zur Heilung gebracht.) **Kramer** (Glogau).

37) **v. Brunn.** Die Lymphknoten der Unterkieferspeicheldrüse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Es besteht bisher noch keine rechte Gewißheit, ob innerhalb der Glandula submaxillaris Lymphknoten vorkommen oder nicht. Merkel und Küttner haben keine gefunden, dagegen betonen Hildebrand und Stieda das Vorkommen von solchen innerhalb jeder Speicheldrüse. Deshalb versuchte Verf. diese Frage besser zu klären. Die erste Serie der untersuchten Glandulae submaxillares stammt von 7 Pat., die wegen Unterlippenkarzinom operiert worden waren. Hier wurde in jedem Falle der Nachweis karzinomatös erkrankter Lymphknoten erbracht. Ihre Zahl war stets vermehrt und betrug 4—11. Dagegen waren Lymphknoten innerhalb der Speicheldrüse nicht zu finden, während bei zwei Pat. doch wenige Millimeter unter der Oberfläche der Drüse isolierte Krebsknoten zu konstatieren waren. Bei zwei Fällen von Exstirpation wegen Zungenkarzinoms waren Lymphknoten in der mitentfernten Submaxillardrüse nicht zu bemerken. Bei der ferneren Untersuchung von 23 Leichen solcher Personen, die an anderen Erkrankungen, wie Perityphlitis, Sepsis, Tuberkulose, Magenkarzinom etc. gestorben waren, gelang es dem Verf., den Beweis zu erbringen, daß in zwei Fällen echte Lymphknoten innerhalb der submaxillaren Speicheldrüse vorkamen. Es handelte sich dabei um einen Pat., der einem Speiseröhrenkrebs, um einen zweiten, der einem retroperitonealen Sarkom erlegen war. Wie v. B. eine Vermehrung der ursprünglich vorhandenen drei submaxillaren Lymphknoten erst bei älteren Kindern beobachtete, so gelang auch der Nachweis von Lymphknoten in der Unterkieferspeicheldrüse nur bei Erwachsenen. Bei der Exstirpation von Krebsen der Lippe und Zunge sollen neben den submaxillaren Lymphknoten auch die Speicheldrüsen mit fortgenommen werden, zumal ihr Ausfall keine Erscheinungen macht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

38) **J. Pallard.** Note sur une complication osseuse rare de la fièvre typhoïde. — La spondylite typhique.

(Revue méd. de la Suisse romande 1902. Nr. 8.)

Von den Knochenkomplikationen an der Wirbelsäule nach Typhus sind bisher nur 5—6 Fälle publiziert worden.

Verf. fügt diesen den nachstehenden aus der medizinischen Klinik in Genf hinzu:

21jähriger Pat. wird, nachdem er 4 Monate zuvor an Typhus erkrankt und bereits geheilt war, plötzlich von hohem Fieber und heftigen Schmerzen in der Lendengegend befallen. Lokal waren nur der heftige Schmerz in der ganzen Lendenwirbelsäule und die hierdurch bedingte Schwerbeweglichkeit des Pat. zu konstatieren, keine Schwellung im Bereiche der Lendenwirbel. Die Widal'sche Serumreaktion fällt wiederholt positiv aus. Erst nach Verlauf von 6 Wochen Besserung der lokalen und allgemeinen Erscheinungen, rasche Heilung.

Die Erkrankung entsteht meist nach einem schweren Typhus während der Rekonvaleszenz oder mehrere Monate nachher; fast immer wird die Lendenwirbelsäule befallen; zur Eiterung kommt es nie, alle publizirten Fälle sind nach mehreren Monaten bis zu einem Jahre geheilt.

Charakteristisch sind die plötzlich einsetzenden schweren Erscheinungen — Schmerz und hohes Fieber. **Kronacher** (München).

39) **Veyrassat** et **Arabian**. Un cas de rupture du sterno-cléido-mastoïdien (hématome) chez le nouveau-né.

(Revue méd. de la Suisse romande 1903. Nr. 1.)

27 Tage altes Kind von der Hebamme am Kopfe extrahiert; seit der Geburt eine kleine, sich allmähliche vergrößernde Geschwulst.

In der Gegend des Sterno-cleido-mastoid. dextr., $2^1/_2$ cm unter und vor dem Proc. mastoid. findet sich eine spindelförmige, 3 cm lange und $1^1/_2$ cm breite Geschwulst, zweifelsohne dem Muskel zugehörig.

Nach 3 Wochen fast ganz verschwunden.

Also auch bei normalen Geburten in erster oder zweiter Schädellage kann durch die Extraktion mit den Händen eine Ruptur des Sterno-cleido-mastoid. entstehen. **Kronacher** (München).

40) **A. Riedel**. Zur Kasuistik des Vagus. Resektion.

(Festschrift für Hofrat Göschel.)

Tübingen, **Laupp**'sche Buchhandlung, 1902.

Bei einem 48jährigen Manne, welcher einige Zeit vorher wegen eines Unterkiefersarkoms operiert worden war, traf ein Rezidiv am Kieferrest und im oberen Halsdreieck auf. Bei der zweiten Operation entfernte R. außer dem Kieferrest auch die Geschwulst im oberen Halsdreieck, welche neben der Carotis die Jugularis intern. und den Nervus vagus umwachsen hatte. Carotis intern., Jugularis intern. und N. vagus wurden im Bereich der Geschwulst mit entfernt.

Irgend welche Störungen traten nach der Resektion dieser drei Gebilde nicht auf, namentlich auch nicht von Seiten des resezierten Vagus, was R. auf die allmählich stattgefundene Kompression und auf »ein vikariierendes Funktionieren der anderen Seite« zurückführt. **Neck** (Chemnitz).

41) **Lindner**. Über chirurgische Intervention bei Speiseröhrenverengerung. (Aus der I. chir. Abteilung des Stadtkrankenhauses Friedrichstadt zu Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 6.)

L. hat unter einer großen Zahl von Speiseröhrenkrebsen nur in drei eine Radikaloperation vom Halse aus ausführen können, jedoch keinen Erfolg damit erzielt. Dagegen waren die Resultate der Gastrostomie, bei welcher er zumeist die Witzel'sche Methode, indes von einem Längsschnitt im linken Rektus aus bevorzugte, relativ befriedigende, wenn die Operation frühzeitig gemacht wurde; freilich überlebten nur wenige Operierte das erste Halbjahr, nur ganz vereinzelte das zweite Jahr. Die Frank'sche Methode bot nur für die erste Zeit große Vorzüge; während der ersten 6—8 Wochen war der Verschluß ein sehr guter, dann aber begann die Fistel immer mehr herunterzusinken, so daß der größte Teil der Nahrung wieder ausfloß. L. hat letzteres Verfahren dagegen bei gutartigen Strik-

turen bewährt gefunden, da es den Zugang zum Mageninnern und die retrograde Sondierung ohne Ende erleichtert. Allerdings mußte er in einem Falle von zwei impermeablen Verengerungen noch eine Ösophagotomie zu Hilfe nehmen, um von dieser und vom Magen aus die Erweiterung zu versuchen. Der Erfolg war ein sehr guter.

Kramer (Glogau).

42) **J.-L. Faure.** Resection du cancer de la portion intrathoracique de l'oesophage.

(Gaz. des hôpitaux 1902. Nr. 144 u. 1903. Nr. 14.)

F. resezierte rechts die vertebralen Enden der sechs ersten Rippen. Er legt besonderen Wert auf die Resektion der ersten Rippe (2 cm), weil man nur dadurch das hintere Mediastinum und die Speiseröhre fast in ganzer Ausdehnung zugänglich machen könne. Letztere wird oberhalb und unterhalb der Neubildung doppelt unterbunden und zwischen den Ligaturen durchtrennt. Zum Schluß wird die oberste Rippe genäht, die Mediastinalwundhöhle drainiert. In einem Falle — es wurden wegen eines Karzinoms in Höhe der Bifurkation 11 cm der Speiseröhre reseziert — kam es beim Ablösen der Pleura zu einem unbedeutenden Pneumothorax.

F., der dies Verfahren der ausgedehnten Rippenresektion für beginnende Ösophaguskarzinome, eitrige Mediastinitis, Fremdkörper innerhalb des Thorax empfiehlt, hat zweimal so operiert. »Beide Pat. starben asphyktisch, cyanotisch, dyspnoisch. Beide sind ohne Blutung, ohne Chok zugrunde gegangen.«

V. E. Mertens (Breslau).

43) **G. Treupel** (Freiburg i/B.). Operative Behandlung gewisser Lungenerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

In dem neuen Falle T.'s handelte es sich um einen $4^1/_2$jährigen, erblich nicht belasteten, vorher gesunden Knaben, bei dem sich allmählich ein Lungenleiden entwickelt hatte; seit Anfang 1902 deuteten die Symptome auf Lungenabszeß bezw. -gangrän hin. In der Freiburger Klinik wurde das Vorhandensein eines mit Luft und Flüssigkeit gefüllten Hohlraumes im Bereich des rechten Ober- und Mittellappens festgestellt, durch eine Probepunktion zunächst nur eine seröse, keimfreie Flüssigkeit, durch eine zweite, wegen Auftretens eines Pyopneumothorax vorgenommene, stinkender Eiter entleert und nunmehr zur Operation geschritten (Rippenresektion etc.), welche zu rascher Besserung führte. T. nimmt an, daß der Durchbruch des Jaucheherdes der Lunge in die Pleurahöhle, der das steril seröse Exsudat entstammte, durch die Punktion begünstigt worden und spricht sich dahin aus, daß letztere vermeidbar gewesen, da der Abszeß schon vorher bestimmt nachgewiesen und genügend genau lokalisiert worden war und eventuell noch an der bloßgelegten Lunge durch Palpation und Auskultation mit binauralen aseptischen Hörrohres sicher gestellt hätte werden können.

Kramer (Glogau).

Berichtigungen.

In Nr. 7, Referat Nr. 42, muß es heißen statt Jurewitsch — Juzewitsch. In Nr. 9 p. 263 Z. 20 v. u. statt Peritoneum — Perineum.

Herr Dr. Wenzel (Tandil. Argentinien) teilt der Redaktion mit, daß er zur Behandlung der Beingeschwüre einen Cirkelschnitt durch die Haut des Oberschenkels führt, der aber — entgegen dem nach dem spanischen Original angefertigten Referat auf p. 64 d. Bl. — die Muskulatur unbehelligt läßt.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 21. Sonnabend, den 23. Mai. 1903.

XXXII. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatte einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

I.

Mobilisierung des Duodenum und Eingriffe am Gallensystem.

Von
Dr. Hans Lorenz,
Assistenten an Prof. Hochenegg's chirurgischer Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik.

Unlängst hat Th. Kocher[1] auf die leichte Mobilisierbarkeit des Duodenum hingewiesen, welche ihn veranlaßt, die Gastroduodenostomia lateralis als Methode der Wahl statt der üblichen Gastrojejunostomie zu empfehlen.

Ich will hier die Bedenken, die ich gegen die Gastroduodenostomie hege, nur streifen. Um nur vom Pyloruskarzinom zu sprechen: Machen wir bei demselben die Gastroduodenostomie, so kommen wir mit der Anastomose bedenklich nahe an das Karzinom heran und können früher ein Übergreifen desselben auf die Fistel erleben, als bei einer hinteren Gastrojejunostomie, bei der überdies die Anlegung der Fistel am tiefsten Punkte des Magens günstigere Abflußbedingungen schafft.

Dennoch ließe sich die prinzipielle Bevorzugung der Gastroduodenostomie rechtfertigen und auch statt der einfachen medianen Laparotomie die immerhin etwas eingreifendere schräge unter dem Rippenbogen in Kauf nehmen, wenn durch die Gastroduodenostomie ein absolut sicheres Funktionieren der neuen Kommunikation gewährleistet würde.

Schnitzler[2] hat aber auf Grund eigener Erfahrungen mit der Gastroduodenostomie hervorgehoben, daß diese Anastomose auch in funktioneller Beziehung nicht immer das leistet, was Kocher sich von ihr verspricht.

Ich glaube daher, daß die Mehrzahl der Chirurgen bei der klassischen Gastrojejunostomie bleiben wird, die heute, wo wir manchen Fehler zu vermeiden gelernt haben, nur äußerst selten einen Mißerfolg in Form eines Circulus vitiosus liefert, auch wenn wir nicht eine Anastomose zwischen den Schenkeln der Jejunumschlinge hinzufügen.

Ich kann aber Schnitzler nicht beipflichten, wenn er meint, »daß die bei der anatomischen Dignität der hier zu präparierenden Region doch mit einigem Zeitaufwand verbundene Mobilisierung des Duodenum kaum rascher durchzuführen sein dürfte, als eine Enteroanastomose zwischen den Schenkeln einer Jejunumschlinge«.

---

[1] Zentralblatt für Chirurgie 1903. Nr. 2.
[2] Zentralblatt für Chirurgie 1903. Nr. 10.

Ich habe im Gegenteil die von Kocher vorgeschlagene Mobilisierung des Duodenum schon bei dem ersten Versuch an der Leiche so außerordentlich leicht und einfach gefunden, daß ich seither im »atypischen« Operationskurs, den ich als Assistent der Wiener Klinik Freiherrn v. Eiselsberg's hielt, die Cholecystenterostomie stets mit der nach Kocher mobilisierten Pars descendens duodeni ausführen ließ.

Es handelte sich da manchmal um so kleine Gallenblasen, daß ich deren Kuppe erst durch Ausschälen aus dem Leberbett etwas freier beweglich machen mußte, und selbst bei diesen bot dann die Herstellung der Anastomose mit dem beweglich gemachten Duodenum keine großen Schwierigkeiten. Auch ziemlich ausgedehnte, von pericholecystitischen Prozessen herstammende Verwachsungen, die sich ab und zu fanden, erschwerten die Mobilisierung des Duodenum nicht in nennenswerter Weise.

Auf Grund dieser, allerdings nur an Leichen gemachten Erfahrungen glaube ich die Kocher'sche Mobilisierung des Duodenum als wertvolles Hilfsmittel für die Cholecystenterostomie empfehlen zu können, welche den Eingriff leichter gestaltet als eine Verbindung mit dem Jejunum durch das Mesocolon transverum hindurch, häufig vielleicht auch leichter ausführbar ist als eine Cholecystogastrostomie.

Kocher betont, daß derjenige Teil des Duodenum, der am wenigsten beweglich gemacht werden kann, die Flexura superior sei, weil an diese das Ligamentum hepatoduodenale (mit Arteria hepatica, Vena portae und Ductus choledochus) sich ansetzt. »Dieses Ligament und in seiner Fortsetzung der an den Pankreaskopf stoßende konkave Duodenalrand bilden die Drehachse, um welche der absteigende und untere Teil des Duodenum nach vorn gewendet werden kann.«

Eine einfache anatomische Erwägung — man braucht sich nur den Verlauf des Ductus choledochus zu vergegenwärtigen, der unter den wichtigen Gebilden des Ligamentum hepatoduodenale am meisten lateral und dabei oberflächlicher liegt als die Vena portarum — sagt, daß man mit der Mobilisierung des Zwölffingerdarmes soweit gehen kann, daß die Drehachse der Vena portae entspricht, und dadurch wird der Ductus choledochus näher an die Oberfläche gebracht werden können.

Auch das fand ich an der Leiche bestätigt und ich zweifle nicht, daß man manchmal auf diese Weise Eingriffe am supraduodenalen Teil des Choledochus sich einigermaßen erleichtern kann.

Wichtiger erscheint mir jedoch die Mobilisierung des Duodenum behufs Freilegung des retroduodenalen Choledochusabschnittes. Tuffier hat sich diesen, das Peritoneum intakt lassend, durch einen Lumbalschnitt zugänglich gemacht, Langenbuch hat den Weg von rückwärts her an der Leiche genau studiert. Die Versuche, diesen Weg weiter auszubauen, sind wohl als aufgegeben zu betrachten, hingegen hat sich die Choledochotomia transduodenalis das Bürgerrecht erworben.

Ließe sich nicht in den Fällen, wo es mißlingt, einen Stein aus dem retroduodenalen Choledochusabschnitt nach oben in den supraduodenalen oder nach abwärts durch die Papille zu schieben, die Eröffnung des Darmes vermeiden, ließe sich nicht die Choledochotomia transduodenalis durch eine Choledochotomia retroduodenalis ersetzen?

An der Leiche gelingt es nach der Kocher'schen Mobilisierung des Zwölffingerdarmes überraschend leicht, den retroduodenalen Choledochusabschnitt und das Endstück des Ductus pancreaticus bloßzulegen. Am Lebenden gibt es gewiß Fälle, wo sehr ausgedehnte Verwachsungen die transduodenale Operation vielleicht noch als die einfachere erscheinen lassen, daneben aber auch sicherlich andere Fälle, bei denen ein Vorgehen außerhalb des Duodenum, durch Beweglichmachen und Umklappen desselben, sehr wohl gerechtfertigt wäre.

Die Fälle, bei denen der gedachte Eingriff überhaupt in Frage käme, sind freilich sehr selten; ich würde aber nicht anstehen, ihn im gegeben Falle zu versuchen. —

Kehr[3] hat kürzlich mit glänzendem momentanem Erfolg ein Karzinom des Choledochus an der Einmündungsstelle des Cysticus exstirpiert, die erfolgreiche Radikaloperation von Krebsen, die vom retroduodenalen Teil des Choledochus oder der Vater'schen Papille ausgehen, ist noch ein frommer Wunsch für die Zukunft. Vielleicht werden auch diese Eingriffe von der Mobilisierung des Duodenum Nutzen ziehen.

II.

Einseitige Ausschaltung des Duodenum bei perforierender Geschwürbildung an der hinteren Wand des absteigenden Duodenalastes.

Von

Dr. A. A. Berg,

Mount Sinai Hospital in New York.

Die Verödung perforierender Geschwüre an der hinteren Wand des absteigenden oder zweiten Duodenalastes pflegt keine günstigen Resultate zu zeitigen, und zwar aus dem Grunde, daß dieser Darmabschnitt keine peritoneale Überkleidung besitzt. Entweder halten die Nähte im nekrotischen Bindegewebe überhaupt nicht, oder sie geben infolge der sekundären Infektion nach; das übliche Ergebnis ist jedesmal eine Duodenalfistel mit nachfolgendem Hungertode.

Angesichts dieser Verhältnisse erlaube ich mir bei perforierender Geschwürbildung an der hinteren Wand des absteigenden Duodenalastes folgendes Verfahren in Vorschlag zu bringen:

Retroduodenale Exsudate, wenn vorhanden, sollen vor allem

---

[3] Münchener medizinische Wochenschrift 1903. p. 101.

durch Lumbalschnitt oder im Wege einer Inzision durch das parietale Peritoneum an der Außenseite des Colon ascendens entleert und drainiert werden. Unmittelbar darauf wird die Bauchhöhle durch Medianschnitt eröffnet, eine Gastrojejunostomie etabliert und der Pylorus durch eine Tabaksbeutelseidennaht abgeschnürt. Auf diese Weise wird das perforierte Duodenum vom Darmkanal einseitig ausgeschieden und damit das Austreten von Chymus durch die Duodenalfistel verhindert. Der Vorteil der Methode gegenüber einer Jejunostomie besteht darin, daß die Magenverdauung nicht ausgeschlossen zu werden braucht.

Die Öffnung im Duodenum kommt nun, da das Durchsickern aufhört, durch Granulation schlechterdings zum Verschluß. Allerdings ist es wesentlich, die Gastrojejunostomie und Pylorusabschnürung gleich beim ersten Eingriffe auszuführen, da bei Duodenalfisteln der Kräfteverfall ein so rapider zu sein pflegt, daß die Kranken nie mehr zu genügender Widerstandskraft gelangen, um eine zweite Operation mitmachen zu können.

Ich sah mich veranlaßt, dieses Verfahren einer primären Gastrojejunostomie mit gleichzeitiger Pylorusabschnürung, also einer einseitigen Ausschaltung des Duodenum, aus dem Grunde in Vorschlag zu bringen, weil Duodenalfisteln stets zu raschem Hungertod führen. In Duodenalfisteln anderweitigen Ursprungs sollte sich das Verfahren ebenfalls als nützlich erweisen.

---

1) F. v. Winckel (München). Über die Mißbildung von ektopisch entwickelten Früchten und deren Ursachen.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902. Mit 11 Abbild. auf 9 Taf.

Gestützt auf 75 Fälle aus der Literatur und 14 eigene Beobachtungen erörtert der bekannte Geburtshelfer die Verunstaltungen von Früchten in ektopischen Fruchtsäcken, die er für viel häufiger hält (etwa 50% aller Fälle), als dies bisher angenommen wurde. Außer den bisher geltenden Ursachen: Raumbeengung im Fruchthalter, geringe Fruchtwassermenge, sieht er in der Verdickung der Placenta und ihrer Induration durch Blutergüsse, sowie in den aktiven Kontraktionen des Fruchtsackes ursächliche Momente für Formveränderungen, die ebenso bedeutsam sind wie anererbte Eigenschaften. Von den in natürlicher Größe gegebenen Abbildungen interessieren den Chirurgen nur diejenigen der Tafel IX mit Mißstaltungen der Hände und Füße, welche sich als Belastungsdeformitäten charakterisieren. **P. Stolper** (Breslau).

---

2) Oertel. Über das Verhalten der Knochen bei Streifschüssen aus modernen Kriegswaffen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 612.)

Aus der Knochenpräparatensammlung, welche Helferich durch Schießversuche auf Leichen gewann, sowie aus der Schußpräparaten-

sammlung der Medizinalabteilung des preußischen Kriegsministeriums beschreibt O. eine Auswahl derjenigen Stücke, welche Streifschüsse darstellen. Es handelt sich um 9 Diaphysenschüsse ohne Eröffnung der Markhöhle, um 24 Diaphysenschüsse mit Eröffnung derselben und um 22 Schüsse von spongiösen und platten Knochen. 38 Präparate sind abgebildet; größtenteils in guten Photogrammen. Der Beschreibung folgt eine allgemeine Durchsprechung dieser Schießbruchformen nebst Erörterung der Verletzungsmechanik, wobei die einschlägige Literatur (Verzeichnis derselben von 19 Nummern zum Schluß der Arbeit) eingehend berücksichtigt wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

3) **Hildebrandt.** Die Prognose der Schußverletzungen im Felde.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 10.)

Außer mancherlei Zahlenangaben über Verwundungsstatistiken der jüngsten Kriege zwischen Japan und China und England und den Buren gibt H. insbesondere eine Vergleichung der Statistik vom deutsch-französischen Kriege 1870/71, und dem spanisch-amerikanischen Kriege 1898/99. Danach ist die Gefährlichkeit der Kopfverletzungen ziemlich gleich geblieben, die Mortalität der Halsverwundungen aber gestiegen, weil die Gefäße den modernen kleinkalibrigen Geschossen nicht ausweichen, sondern durchschnitten werden. Die Sterblichkeit nach Rumpfverletzungen hat sich nicht wesentlich geändert, dagegen ist enorm heruntergegangen diejenige nach Extremitätenschüssen. Da letztere über $^2/_3$ aller Verletzungen ausmachen, ist hierdurch auch eine Herabsetzung der Gesamtmortalität herbeigeführt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **Canon.** Eine weitere Reihe von bakteriologischen Blutbefunden und Bemerkungen über den praktischen Wert solcher Befunde bei Blutvergiftung und Amputation.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

Im Anschluß an seine früheren mehrfachen Veröffentlichungen teilt C. 14 neue Fälle mit von positivem Bakterienbefund im Blute bei verschiedenen Erkrankungen: Gelenkrheumatismus, Mumps, Erysipelas migrans, Phlegmonen, puerperale Sepsis, Peritonitis, Pneumonie, Scharlach, Osteomyelitis. Nach genauer Darstellung der besten Art der Entnahme des Blutes und des einzuschlagenden Kulturverfahrens wendet er sich eingehend der Frage zu, wieweit der Nachweis von Bakterien im Blute für die Frage der Amputation bestimmend sein könne. Obwohl immer noch die definitive Entscheidung, ob und wann amputiert werden soll, von dem klinischen Zustande des Pat. und der klinischen Erfahrung des betreffenden Arztes abhängt, verspricht doch das systematische Ausbauen der Blutunter-

suchung eine wesentliche Unterstützung unserer Entschließung zu werden; C. kommt zu folgenden Resultaten:

In jedem Falle von schwerer Phlegmone, bei dem der Verdacht vorliegt, daß die Amputation in Frage kommen könnte, ist die bakteriologische Blutuntersuchung möglichst frühzeitig vorzunehmen und täglich zu wiederholen.

Negative Blutbefunde haben keinen oder nur ausnahmsweise einen Wert für die praktische Beurteilung des Falles; sie würden natürlich gegen eine Amputation sprechen.

Positive Befunde können ohne Belang sein, besonders wenn die Zahl der aufgegangenen Kolonien eine kleine ist. Ist die Zahl der letzteren aber eine beträchtliche, ist insbesondere die Zunahme der Keime bei mehrfacher Untersuchung festzustellen, so fällt dieser Befund für die Amputation in die Wagschale.

Der Befund von Staphylokokken scheint weniger schwerwiegend zu sein als der von Streptokokken, besonders wenn die Staphylomykose eine Osteomyelitis ist. **Haeckel** (Stettin).

---

5) **A. Poncet** et **L. Berard.** De l'actinomycose humaine en France.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 27.)

Die Mitteilung P.'s und B.'s ist ein zweiter Bericht über denselben Gegenstand an die Académie de médecine. Demselben liegt eine Kasuistik von nur 146 Fällen aus allen Teilen Frankreichs zugrunde. Diese Fälle sind graphisch auf der Departementskarte Frankreichs von Patel eingetragen. Bemerkenswert ist, daß allein 47 Fälle im Departement Rhône und 33 Fälle im Departement Seine vorkommen, in den meisten (65) gar keine; in vielen Departements variiert die Zahl zwischen 1 (Calvados, Creuse, Jura u. a.) und 7 (Loire, Nord). Es ist klar, daß die Anhäufung der Fälle im Rhône- (Lyon) Departement und Seine- (Paris) Departement auf die bessere Erkenntnis in den Spitälern zurückzuführen ist. Deshalb erinnern auch die Verff. des nach vieler Hinsicht interessanten Berichts daran, daß die Fälle bei besserer Diagnosenstellung häufiger werden werden. Man muß an eine Krankheit denken, um ihre Diagnose zu stellen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

6) **O. Wandel** und **O. Hoehne.** Über die mechanische Sterilisierung der Gummihandschuhe und ihre Verwertung in der Praxis. (Aus der medizinischen Klinik und Frauenklinik in Kiel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 9.)

Die sorgfältigen bakteriologischen Untersuchungen der Verff. haben zu dem Ergebnis geführt, daß eine mindestens $2^1/_2$ Minuten währende energische Waschung mit Seife und Wasser auch ohne

Anwendung der Bürste in der Regel genügt, die Oberfläche der Gummihandschuhe von jedweder Art bakterieller Verunreinigung zu befreien. Als Haupterfordernis für dieses günstige Resultat ist die Glätte der Handschuhoberfläche anzusehen.

Nach dem Gebrauche sind die Handschuhe an der Hand sofort mit Seife und Wasser zu reinigen, unter Umstülpen abzuziehen, an der jetzt nach außen gekehrten Innenseite zu säubern, dann zu trocknen und mit Talkum eingepudert, in Gaseläppchen zu verwahren. So behandelte Handschuhe können 5—6mal und öfter benutzt werden, bevor sie defekt und zu weit geworden sind. Das Anziehen soll ebenfalls trocken geschehen und wird durch die Einpuderung des Handschuhinneren mit Talkum erleichtert; eine vorherige Desinfektion der Hände ist wegen der Möglichkeit des Zerreißens der Handschuhe während der Operation notwendig.

Kramer (Glogau).

---

7) **A. Mouchet** (Paris). Chirurgie intestinale d'urgence.

Paris, **J.-B. Baillière et fils,** 1903. 95 S.

In dem kleinen Buch beschreibt Verf. in übersichtlicher Weise das Wichtigste dringlicher Bauchoperationen für den Praktiker, ohne etwas Neues zu bringen. Er bespricht das Vorgehen bei Bauchquetschungen, bei Bauchwunden, bei Darmverschluß, Appendicitis, Atresia ani, eingekeklemmten Hernien und Hämorrhoiden.

Neck (Chemnitz).

---

8) **O. Jacob.** De la fracture parcellaire de la grosse tubérosité de l'humerus dans les prétendues contusions de l'épaule compliqués de périarthrite traumatique.

(Gas. des hôpitaux 1903. Nr. 2.)

Stets, wenn die Kontusion einer Schulter mit einer »traumatischen Periarthritis« sich komplizierte, konnte J. auf skiagraphischem Wege nachweisen, daß eine Fraktur des Tuberculum majus humeri vorlag. Diese Art Frakturen, die häufig nur erkennbar sind, wenn die Bilder beider Schultern sorgsam verglichen werden, werden »Fractures parcellaires« genannt. Die sehr geringe Dislokation des Fragmentes bei diesen Stoß-Rißfrakturen hängt von dem momentanen Überwiegen der Mm. supra- resp. infraspinatus und teres minor ab.

In den 4 letzten Fällen von seinen 7 hat J. die Diagnose schon ohne Skiagraphie stellen können aus der Angabe, daß die Schulter beim Sturz direkt auf den Boden geschlagen sei und aus der Existenz eines besonders schmerzhaften Punktes unterhalb des Akromion. Für charakteristisch hält Verf. auch ein Hämatom an der Außenseite der Schulter.

V. E. Mertens (Breslau).

---

9) **Zoege v. Manteuffel.** Die Arteriosklerose der unteren Extremitäten.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

v. M. widmet der Arteriosklerose der unteren Extremitäten eine monographische Bearbeitung, weil sie eine Sonderstellung von der allgemeinen Sklerose des gesamten arteriellen Circulationsapparates einnimmt dadurch, daß hier das Herz den größten Widerstand zu überwinden hat und bei der abhängigen Lage des Gefäßsystems der unteren Extremität die Schwere der Blutsäule wirksam wird.

Bezüglich der pathologischen Anatomie der Gefäßsklerose pflichtet v. M. denjenigen bei, welche den Prozeß nicht als Entzündung auffassen. Der Schwerpunkt liegt in einer Wucherung der Endothelzellen der Intima, welche sich in Bindegewebsfibrillen umwandeln. Verkalkung und Verfettung können das Endprodukt sein, gehören aber nicht wesentlich zur reinen Sklerose. Der Verschluß der Gefäße kommt nicht durch eine Endarteriitis obliterans zustande, sondern dadurch, daß Desquamation und Rauhigkeit der Intima ein Stromhinderniß bildet, hinter und an dem sich eine weiße Thrombose ansiedelt. Die Venen sind meist gleichfalls sklerotisch und oft durch rote Thromben verstopft, doch ist das ein rein sekundärer Vorgang.

Es wird sodann die Ätiologie eingehend erörtert; hier räumt v. M. der Syphilis und Gicht nur geringen Einfluß ein, einen erheblichen aber Temperatureinflüssen. Er wendet sich sodann zur Besprechung der Symptome, unter denen das intermittierende Hinken besonders eingehend erörtert wird. Bei der Therapie, soweit sie nicht operativ sein muß, wird auf Übung des Herzens besonderer Wert gelegt. Sehr vorsichtige Massage, Horizontallage, Jodkali, Badekuren sind die wesentlichsten Teile der Frühbehandlung. Die operative Therapie soll in einem besonderen, später erscheinenden Kapitel besprochen werden.

Haeckel (Stettin).

---

10) **M. Hofmann.** Die Gefäßverhältnisse des Nervus ischiadicus und ihre Beziehung zur Dehnungslähmung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Bei Lähmungen im Gebiet des Nervus ischiadicus ist der Nervus peroneus viel häufiger betroffen als der Nervus tibialis. Das ist auch leicht aus der anatomischen Lage beider Äste verständlich, von denen der Nervus peroneus viel mehr allen traumatischen Schädigungen zugänglich ist wie der Nervus tibialis. Aber merkwürdig bleibt diese Bevorzugung an derartigen pathologischen Erscheinungen für den ersteren doch, wenn die Zweige nicht direkt getroffen sind, sondern der Stamm des Nervus ischiadicus geschädigt wird. Solche Paralysen des Nervus peroneus kommen z. B. nach dem einstimmigen Urteil der erfahrensten Orthopäden bei der unblutigen Reposition der angeborenen Hüftverrenkung vor. Ebenso

merkwürdig ist es, daß bei völliger Aufhebung der Motilität bei solchen Zufällen die Sensibilität gar nicht oder in nur geringem Maße leidet. Das leichtere Betroffensein bestimmter Nervenfasern und das Verschontbleiben anderer derselben Schädlichkeit ausgesetzter muß hier eine besondere Ursache haben, die keine physiologische, sondern eine anatomische ist. Nicoladoni vermutete sie in den Ernährungsverhältnissen, und auf seine Anregung hin hat Verf. an injizierten Präparaten die Gefäßversorgung der in Betracht kommenden Nerven untersucht. Da zeigte sich nun in der Tat, daß der Nervus peroneus während seines Verlaufes die Hälfte arterieller Zuflüsse erhält wie der Nervus tibialis, und daß die Gefäße des ersteren wesentlich zarter sind wie die des letztgenannten. Deshalb müssen bei gleicher Dehnung die Gefäße im Peroneusgebiet leichter geschädigt werden. Das eigentümliche Verhalten dieser Gefäßverteilung zeigt sich sowohl bei hoher Teilung des Nervus ischiadicus wie bei normalem Verhalten der Trennung in die beiden Hauptäste. Übrigens zeigt die auffallende Häufigkeit hoher Teilung wie die leichte künstliche Teilbarkeit des Nervus ischiadicus bis hoch hinauf in seine zwei Äste, daß der letztere nur scheinbar ein einheitlicher Nerv ist, in Wirklichkeit aber überall aus zwei nur dicht nebeneinander gelagerten Nerven besteht, die gewöhnlich am Oberschenkel ihren gemeinschaftlichen Verlauf beibehalten. Daraus wird es auch verständlich, daß die Circulationsverhältnisse in den beiden Nerven verschieden sind und eine gewisse Unabhängigkeit von einander bewahren. In manchen Präparaten zeigte sich die Ernährung des Nervus peroneus in einer gewissen Abhängigkeit von der des Nervus tibialis, bei der ebenfalls die Verhältnisse für eine Ischämie durch Dehnung oder Zerreißen der Gefäße günstiger im Peroneus- wie im Tibialisverlauf liegen. Es ist auch leicht an der Hand der gewonnenen Präparate ersichtlich, wie nach Aufhören der Dehnung zuerst die normale Blutversorgung im Nervus tibialis wieder eintritt, und wie erst nach Wiederherstellung der Circulation in den Gefäßketten dieses Nerven die von diesen ausgehenden und in den Peroneus eindringenden Arterien sich wieder füllen können. Das teilweise oder vollständige Fehlen von Sensibilitätsstörungen bei jenen Lähmungen muß eine andere Ursache haben, da die Gefäßversorgung der motorischen und sensiblen Fasern dieselbe ist. Wahrscheinlich ist der Grund dafür darin zu suchen, daß in der Peripherie die anastomosierenden Verbindungen zwischen den Nerven äußerst zahlreiche sind. Zum Schluß der Arbeit kommt Verf. auf die durch schwere Geburten entstehenden Peroneuslähmungen zu sprechen, die nach Lefebvres in dem anatomischen Verhalten der Wurzeln des Plexus ischiadicus begründet sein sollen. H. hält diese Erklärung nicht für ausreichend und glaubt, daß auch hier die Kreislaufverhältnisse eine wichtige Rolle spielen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

11) **Bärlocher.** Zur Behandlung des Kniescheibenbruches.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903. Nr. 4.)

Gestützt auf 28 von Feurer (St. Gallen) behandelte Fälle von Kniescheibenbruch empfiehlt Verf. eine modifizierte Form der offenen Naht: Parostale Naht der Kniescheibe; Kapselnaht; trockene Behandlung des eröffneten Gelenks, vollkommener Schluß der Wunde und in der Nachbehandlung frühzeitige aktive Bewegungen.

Es wurde im Durchschnitt 4 Wochen lang immobilisiert, dann erst die Bewegungsübung und Massage eingeleitet. B. warnt davor, die verhältnismäßig leichte Operation anderswo als in einer aseptischen Heilanstalt vorzunehmen, und hält sie auch bei Säufern für kontraindiziert.

Die funktionellen Resultate der zum großen Teil nach einer Reihe von Jahren nachuntersuchten Fälle sind gute. Die Arbeit von v. Mikulicz ist dem Verf. erst nach Drucklegung seines Aufsatzes bekannt geworden.

P. Stolper (Breslau).

---

12) **Blecher.** Entstehung der Fußgeschwulst.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1903. Hft. 1. p. 3.)

Verf., der sich in derselben Zeitschrift vorigen Jahrgangs bereits einmal mit der Frage der Fußgeschwulst beschäftigt hat, hält an seiner früheren Ansicht fest, daß es sich bei dieser Krankheit entweder um Knochenbruch oder Knochenhautentzündung der Mittelfußknochen handele. Vom klinischen Standpunkte läßt sich nach ihm jedoch zwischen diesen beiden Veränderungen kein gegensätzlicher Unterschied machen. Unter den von ihm beobachteten 87 Fällen von Fußgeschwulst handelte es sich 30mal um Knochenbrüche; am meisten war der zweite, dann der dritte und am wenigsten der vierte Metatarsus beteiligt. Der Sitz des Bruches fand sich in der Mitte oder am distalen, fast gar nicht am proximalen Ende des betreffenden Mittelfußknochens. Als Ursache für die Entstehung wurde von den Mannschaften meistens nur der Marsch, seltener ein Fehltritt angegeben. Unter einer größeren Anzahl von Fußgeschwulst (632 Fällen) war der erste Jahrgang der Leute mit 85,2% vertreten.

Nachdem Verf. die Ansichten der verschiedenen Autoren über das Entstehen der Fußgeschwulst durchgegangen ist, betont er, daß nach ihm die Ursache des Leidens in dem Einsinken des Fußgewölbes infolge der Ermüdung der Muskeln bei langem Marschieren zu suchen sei. Für gewöhnlich sind bei erhaltenem Fußgewölbe der erste und fünfte Mittelfußknochen die am meisten belasteten Teile und berühren der zweite, dritte und vierte Mittelfußknochen mit ihren Köpfchen den Fußboden nicht. Dieses letztere tritt erst ein, wenn infolge der Ermüdung das Fußgewölbe einsinkt, oder wenn ein Stein oder eine Bodenerhebung unter die Fußsohle gerät (direkter Bruch). Die Schlußsätze der Arbeit sind folgende: 1) Bruch und Knochenhautentzündung sind nur als gradweise verschiedene

Befunde bei der Fußgeschwulst aufzufassen. 2) Die Fußgeschwulst entsteht durch eine abnorme Belastung der mittleren, normalerweise nicht belasteten Mittelfußknochen. 3) Die Fußgeschwulst ist eine Krankheit des Soldaten, weil dieser durch die Verhältnisse des Dienstes öfter gezwungen ist, in ermüdetem Zustande weiter zu marschieren. Gegen die Ansicht des Verf., daß die Knochenbrüche und die Knochenhautentzündung der Mittelfußknochen erst bei eingesunkenem Fußgewölbe eintreten, scheint der Umstand zu sprechen, daß bei Plattfüßen die genannten Leiden erfahrungsgemäß selten vorzukommen pflegen (Ref.). **Herhold** (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

Ein Fall von cystischer Degeneration des Netzes.

Von

Dr. **H. Schramm,**

Privatdozent für Chirurgie in Lemberg.

Sekundäre Erkrankungen des großen Netzes bei malignen Neubildungen des Magens und anderer Bauchorgane gehören wohl zu ziemlich häufigen Befunden, dafür aber gehören primäre Geschwülste des Netzes zu großen Seltenheiten. In seiner Abhandlung »Über die Tumoren des Mesenteriums und des Netzes« (Diss., Jena, 1881) konnte Zernsdorf kaum sechs Fälle von primären Geschwülsten des Netzes anführen, darunter vier maligne und nur zwei benigner Natur, nämlich ein Lipom und eine Blutcyste. In der mir zugänglichen Literatur aus den folgenden Jahren konnte ich acht weitere Fälle finden. Die Beobachtungen von Manley, Segond, Bergmann, Henricius und Borman beziehen sich auf maligne Neubildungen — Sarkome oder Karzinome — nur drei, der Fall von Riss (Bruns' Beiträge für klin. Chirurgie Bd. X), von Schwarzenberger (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XI) und der Fall von Marsh und Moussarat (Brit. med. journ. 1901, März 2) betreffen benigne Tumoren, seltsamerweise alle drei Cysten, die zwei letzten bei Kindern von 2 resp. 5 Jahren. Angesichts dieser Seltenheit der primären Erkrankungen des Netzes wird es vielleicht nicht überflüssig sein, wenn ich den von mir im hiesigen St. Sophien-Kinderspital operierten Fall etwas näher beschreibe.

Am 12. Mai 1902 wurde ein einjähriges Mädchen in das Spital wegen Anschwellung des Bauches gebracht. Nach Angabe der Mutter wurde bei dem bis jetzt gesunden Kinde vor etwa 4 Monaten langsam anwachsende Vergrößerung des Bauches bemerkt, welche anfangs keine Beschwerden verursachte, erst in den letzten Tagen traten Appetitmangel, Stuhlverstopfung und mehrmaliges Erbrechen auf. Bei der Untersuchung fand ich folgenden Zustand: Das Kind ziemlich gut ernährt, Lungen und Herz vollständig gesund. Lymphdrüsen nirgends vergrößert, sonst auch keine Zeichen von Skrofulose. Der Bauch gleichmäßig faßartig stark geschwollen. Der Umfang, dicht unter dem Nabel gemessen, beträgt 91 cm. Der Nabel ragt über das Niveau in Gestalt einer halbkugligen, kleinapfelgroßen Geschwulst, er ist weich und sein Inhalt läßt sich durch leisen Druck in die Bauchhöhle zurückdrängen. In beiden Inguinalgegenden, dem Inguinalkanal entsprechend, befinden sich ähnliche etwa gänseeigroße, leicht verschiebliche Geschwülste. Perkussionsschall über dem ganzen Bauche gleichmäßig gedämpft. Bei Betastung lassen sich keine härteren Knoten nachweisen, überall sehr deutliche Fluktuation. Die Diagnose wurde auf tuberkulöse Bauchfellentzündung mit massenhaftem flüssigen Exsudat gestellt, welches den Nabel und beide Inguinalpforten hernienartig hervortrieb.

Am 14. Mai schritt ich zur Eröffnung der Bauchhöhle, und da ich die Absicht hatte, zugleich den Nabelbruch radikal zu entfernen, so wurde der Schnitt mitten durch den erweiterten Nabel geführt. Nachdem die Haut und das parietale Blatt des Bauchfells getrennt wurde, floß kein Tropfen von Flüssigkeit aus, dafür stellte sich in der Wunde ein cystenartiges Gebilde ein. Die Wunde wurde nun auf 15 cm nach unten erweitert und durch dieselbe das ganze Netz, welches ein Konglomerat von nuß- bis zweifaustgroßen Cysten vorstellte, hervorgeholt; dabei zeigte sich, daß auch die Geschwülste in den Inguinalgegenden durch Hineindrängen von cystisch degenerierten Netzteilen gebildet waren. Der oberste Teil des Netzes, etwa 3—4 cm von seinem Ansatze am Querkolon, war gesund. Hier wurde nun eine Doppelreihe von Ligaturen angelegt und zwischen ihnen das Netz abgetrennt. Das herausgenommene Gebilde, einer riesigen Traube nicht unähnlich, war etwa zwei Mannsköpfe groß. Die Bauchwunde wird, wie üblich, mit drei Etagen von Nähten geschlossen. Der weitere Verlauf war ganz normal. 13 Tage nach der Operation verließ das Kind das Spital, blieb auch den späteren Nachrichten gemäß ganz gesund. Die Herausnahme des ganzen Netzes hatte in diesem Falle keine üblen Folgen, wie sie Friedrich in Gestalt von entzündlichen und nekrotischen Herden in der Leber gesehen und beschrieben hatte. Bei näherer Untersuchung des Präparates (es ist im hiesigen Museum der pathologischen Anatomie aufbewahrt) konnte ich mich überzeugen, daß der größere Teil der Cysten, aus welchen das ganze Gebilde besteht — durch enge Öffnungen miteinander in Verbindung steht; einige kleinere, besonders an der Peripherie gelegene Cysten sind vollständig abgeschlossen, liegen jedoch den anderen Cysten eng an, so daß nirgends, mit Ausnahme des obersten Randes, normales Netzgewebe anzutreffen ist. Die in den Cysten enthaltene Flüssigkeit war klar, leicht rosafarbig, enthielt viel Eiweiß, viele weiße und spärliche, meistens ausgelaugte, rote Blutkörperchen. Die Wände der Cysten waren sehr dünn, bestanden nur aus dem einfachen Netzblatte, nirgends konnte eine eigene Cystenwand nachgewiesen werden. Eben dieser Umstand gibt meinem Falle eine besondere Stellung und unterscheidet ihn von den oben erwähnten Fällen von Riss, Schwarzenberger und Marsh, in welchen immer eine eigentliche Cystenwand vorhanden war. Ihr Mangel in meinem Falle spricht dafür, daß es wir eigentlich nicht mit einem Neugebilde, sondern vielmehr mit einem entzündlichen Prozesse des Netzes (schon von Förster als Netzbeutel erwähnt) zu tun hatten, wobei das sich bildende Exsudat die nicht ganz verklebten Netzblätter auseinander drängte und die Cystenbildung verursachte. Jedenfalls ist die gleichmäßige totale Entartung des Netzes bei Mangel an Verklebungen mit Darm und Bauchwand bemerkenswert.

---

13) Fritz König. Hebevorrichtung zur Erleichterung von Operationen und Verbänden.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

K. beschreibt eine anscheinend sehr zweckmäßige Vorrichtung, welche dazu dienen soll, bei den verschiedenartigsten Operationen die Körperpartie, an welcher operiert werden soll, herauszuheben und zugänglicher zu machen. Er hat diesen von ihm konstruierten Apparat an dem Stelzner'schen Operationstisch angebracht, an dessen seitlichen Eisenschienen die Halter zwischen Kopf und Beckenende verschiebbar sind. Diese Halter sind durch ein Querbrett miteinander zu verbinden, und durch ein Zahnrad können Stützen und Querbrett und Pat. in die Höhe gewunden werden. Das Brett ist schon vor der Desinfektion so gestellt, daß die voraussichtlich zu erhebende Körperregion auf dasselbe zu liegen kommt. Außer bei Operationen ist die Vorrichtung zur großen Bequemlichkeit auch bei Verbänden nach denselben anwendbar; gemeinsam mit der Beckenstütze erleichtert sie die Anlegung von Gipsverbänden der unteren Extremität, bei welchen das Becken mit in den Verband genommen werden soll. Durch einige instruktive Abbildungen ist die Beschaffenheit und die Anwendung des Apparates leicht verständlich gemacht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

14) **C. Pestemalzoglu.** Diastasis des vertèbres.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1902.

Die umfangreiche Arbeit, deren Verf. freilich die neuere Literatur über Wirbelsäulenverletzungen gar nicht kennt, hat das eine Verdienst, daß sie aus der älteren französischen Literatur eine ganze Reihe (28 Fälle) von tödlichen Distorsionen der Halswirbelsäule zusammenstellt. Es sind darunter sehr viele Fälle, die als Verrenkungen oder Knochenbrüche beschrieben sind. Verf. unterscheidet zwischen Verstauchung (entorse) und Diastase. Bei der ersteren komme es nur zu einer teilweisen Zerreißung der Bänder, so daß sich die Wirbel nicht so weit voneinander entfernen können, daß eine Rückenmarksschädigung dabei zustande kommen könnte. Bei der Diastase ist die Bandzerreißung zwischen zwei Wirbeln eine vollständige und darum die Markschädigung fast die Regel, eine häufigere jedenfalls als selbst bei Halswirbelverrenkungen oder Brüchen.

Aus praktischen Gründen hat man bei uns diesen Unterschied allgemein fallen gelassen, indem man nur Frakturen, Luxationen und Distorsionen gesondert behandelt. Auch haben neuere Beobachtungen gelehrt, daß auch ohne jede Bandzerreißung gefährliche Quetschungen des Markes durch starke Flexion der Halswirbelsäule zustande kommen können.

Der von P. mit Monod zusammen beobachtete neue Fall von tödlicher »Diastase« ist folgender: Ein 20jähriger kräftiger Reckturner stürzte bei der »Riesenwelle« auf den Nacken. Er hat bei geringem Schmerz im Nacken sofort eine völlige Lähmung der unteren Extremitäten, am folgenden Tage auch eine motorische, nicht sensible Parese der oberen. Genauere neurologische Prüfung fehlt. Am 3. Tage hohe Temperaturen (41°), Tod. Eine Abbildung der Halswirbelsäule zeigt eine totale Zerreißung der Bänder vom Ligamentum nuchae bis an das Ligamentum longitudinale ant. unter Lösung der Bandscheibe zwischen 5. und 6. Halswirbel. Diese ist blutig imbibiert. Die Rückenmarkshüllen sind unversehrt; es fand sich weder ein extra- noch ein intraduraler Bluterguß, doch zerfiel das — offenbar zu spät herausgenommene — Rückenmark in der Höhe der Wirbelsäulenläsion. Auch eine intrameningeale Blutung wurde nicht gefunden. Verf. nimmt an, daß durch Dehnung die Markstörung zustande gekommen sei, also eine Zerrungsruptur.

P. Stolper (Breslau).

15) **A. Westphal** (Greifswald). Über die Bedeutung von Traumen und Blutungen in der Pathogenese der Syringomyelie.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Gestützt auf die histologisch sorgfältige Untersuchung zweier Rückenmarke mit aus progressiver Gliose hervorgegangener langgestreckter Höhlenbildung sucht W. den Nachweis zu führen, daß sich echte progressive Gliosen aus Blutungen entwickeln können. Aber beide Fälle, klinisch als Syringomyelie nicht erkannt, auch klinisch so gut wie gar nicht beobachtet, sind durch toxische Einflüsse kompliziert und bezüglich des Traumas — nur der eine Fall wird für die traumatische Ätiologie herangezogen — auch nicht klargestellt. Schwerer Alkoholismus in dem einen Falle, chronische Nephritis mit urämischen Zuständen im anderen lassen die Bedeutung des Traumas recht zurücktreten. Vielleicht spielen, so nimmt W. an, die auf akutes und chronisches Ödem zurückzuführenden Gewebsveränderungen eine ursächliche Rolle bei den gliösen Neubildungen. Die histologischen Befunde werden von allen Interessenten dankbar zur Kenntnis genommen werden. Aber die aus den beiden geschilderten Fällen gezogenen Schlußfolgerungen werden wohl ebenso allgemein als über das Ziel hinausschießend angesehen werden. W. meint, »daß verschiedenartige Reize ‚molekulare Erschütterungen', Erschütterungen mit Blutungen und toxischen Schädlichkeiten einhergehend, auf toxischen Einflüssen beruhende Blutungen unter uns noch völlig unbekannten Bedingungen zu progressiven irritativ - degenerativen Gewebsveränderungen des Zentralnervensystems führen können«. Er glaubt, »daß Blutungen, die zunächst nur leichte, nicht zu direkt bemerkbaren Störungen führende Gewebsveränderungen des

Rückenmarkes zur Folge haben, besonders geeignet sind, progressive krankhafte Prozesse in demselben anzuregen«. Kienböck's kritische Studie über die sogenannte traumatische Syringomyelie, die dem Verf. erst nach deren Abschluß bekannt geworden ist, bestätigt diese Theorie nicht. Aber auch W.'s histologische Schilderung seiner Fälle läßt dem Ref. es nicht erwiesen erscheinen, daß die gefundenen Hämorrhagien in den gliösen Partien auch wirklich das primäre Moment sind, so daß man seine Fälle wirklich als haemato-myelogene Syringomyelien mit Sicherheit ansprechen könnte. **P. Stolper** (Breslau).

16) J. H. Gibbon. Report of a case of penetrating wound of the heart. Unsuccesful attempt at suturing.

(Philadelphia med. journ. 1902. November 1.)

Ein 25jähriger Mann ist halb bewußtlos mit einer Stichwunde durch den 4. Rippenknorpel 3/4 Zoll vom Brustbein entfernt aufgefunden worden. Herzdämpfung nicht vergrößert. Pleurahöhle unverletzt, frei von Blut. Operation etwa 1/2 Stunde nach der Verletzung in Chloroformnarkose. Nach Exzision des 4. Rippenknorpels wird die Herzbeutelwunde leicht gefunden. Herzbeutel mit halbflüssigem Blut gefüllt. Wegen der lebhaften unregelmäßigen Bewegung des Herzens war die Auffindung der Wunde in demselben sehr schwierig. Endlich konnte sie mit dem Zeigefinger gefühlt und zugedrückt werden, worauf die Blutung stand. Bei der nun folgenden Resektion des 3. Rippenknorpels wurde die Pleurahöhle eröffnet. Verschluß dieser Öffnung mit einem Gazetampon. Einführung einer gekrümmten Nadel mit Katgut in den Wundrand. Herzstillstand. Tod.

Bei der Sektion fand sich eine 1 1/2 cm lange Wunde in der Wand des rechten Ventrikels, 2 cm vom Septum entfernt, 4 1/2 cm unter dem Conus arteriosus. Der Fall ist dadurch ausgezeichnet, daß die Pleura unverletzt war.

Läwen (Leipzig).

17) Burkhardt. Ein Fall von traumatischer Ruptur der Aorta.

(Festschrift für Hofrat Göschel.)

H. Tübingen, Laupp'sche Buchhandlung, 1902.

Bei einem 17jährigen Bäckerlehrling kam die Verletzung dadurch zustande, daß er von den Mischflügeln einer Knetmaschine an der Hand erfaßt und kopfüber in den ca. 140 cm hohen Trog hineingerissen wurde, wobei der Brustkorb fest an die eiserne Wandung desselben angepreßt wurde. Der Tod trat nach einer halben Stunde ein.

Die Sektion ergab neben einem doppelseitigen Hämatothorax ein Hämoperikard. Der wichtigste Befund aber war ein 2 cm langer, die ganze Aortenwand durchsetzender Riß, der, oberhalb der hinteren halbmondförmigen Klappe beginnend, einen bogenförmigen Verlauf nahm. Dabei waren die Ränder leicht zerfetzt. Eine krankhafte Verdünnung der Aorta bestand nicht.

Verf. nimmt an, daß gleichzeitige Zerrung und Kompression die Verletzung bedingten. **Neck** (Chemnitz).

18) J. Bell. Foreign bodies in the vermiform appendix.

(Philadelphia med. journ. 1902. November 15.)

Wirkliche Fremdkörper (keine Kotsteine) finden sich im Wurmfortsatz sehr selten. Sie bleiben völlig symptomlos und werden nur bei einer gelegentlichen Perityphlitisoperation entdeckt, oder sie machen Erscheinungen, die sich von denen der Blinddarmentzündung unterscheiden. Jedenfalls sind sie nicht imstande, eine genuine Appendicitis hervorzurufen. Unter ca. 1000 Perityphlitisoperationen hat B. nur 7mal Fremdkörper gefunden (2mal Nadeln, je 1mal eine Fischgräte, 2 Flachssamen, 2 Gallensteine, ein Apfelgehäuse, einen Spulwurm). Er berichtet über 2 Fälle von Fremdkörpern im Wurmfortsatz, bei denen sich die Symptome und pathologischen Veränderungen der Darmperforation fanden.

Ein 16jähriger Knabe hat einen Stoß gegen den Leib bekommen. Nach 2 Tagen traten Schmerzen im Bauche und Erbrechen auf. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle fand sich im Wurmfortsatz eine Nadel, die die Wand perforiert hatte und zum größten Teil aus der Appendix hervorragte. Ferner fand sich hier ein kleiner Eiterherd. Die Wand des Wurmfortsatzes war, wie die mikroskopische Untersuchung nach der Entfernung desselben zeigte, nicht erkrankt. Da sich herausstellte, daß der Kranke schon vor einem Jahre Schmerzanfälle in der Ileocoecalgegend gehabt hatte, schließt Verf., daß der Fremdkörper schon damals in den Wurmfortsatz gelangt und die Perforation durch den Stoß gegen den Leib verursacht worden war.

Ganz ähnlich lag der 2. Fall. Eine 22jährige Frau erhielt beim Herabsteigen von einem Stuhle von der Lehne desselben einen Stoß gegen den Unterleib. 2 Tage später traten erhebliche Schmerzen im Leibe, am 3. Tage mehrmaliges Erbrechen auf. Die Kranke bot die Symptome einer schweren allgemeinen Peritonitis. Bei der Eröffnung des Bauches in der Mittellinie (etwa 38 Stunden nach Auftreten der ersten Unterleibssymptome) fand sich die ganze Bauchhöhle mit Eiter erfüllt. In der Blinddarmgegend war eine Resistenz fühlbar. Eine hier angelegte zweite Inzision brachte im Wurmfortsatz nahe seinem Ansatze eine Öffnung von der Größe eines Fünfcentstückes zu Gesicht, in der ein facettierter Gallenstein von über $1/2$ Zoll Durchmesser lag. Ein kleinerer Gallenstein fand sich noch im Wurmfortsatz selbst. Die Gallenblase und die Gallengänge waren frei. Der Wurmfortsatz wurde entfernt, die Bauchhöhle gereinigt, zunächst drainiert und nach einigen Tagen sekundär genäht. Ein subphrenischer Abszeß, dessen Symptome 3 Wochen nach der ersten Operation auftraten, machte einen zweiten Eingriff nötig. Die Kranke befindet sich auf dem Wege zur Heilung. Mit 13 Jahren hatte sie Schmerzanfälle in der Ileocoecalgegend gehabt, die auf eine Blinddarmentzündung zurückgeführt worden waren. Nach Ansicht des Verf. ist anzunehmen, daß damals die Gallensteine in den Wurmfortsatz gelangt sind. Sie haben also hier 9 Jahre lang gelegen, ohne irgend welche Symptome zu machen. Erst das in der Anamnese erwähnte Trauma hat die Perforation verursacht.

Läwen (Leipzig).

19) H. Christian and L. Lehr. Subphrenic abscess as a complication of appendicitis.

(Med. and surgical reports of the Boston city hospital 1902. 13. Serie.)

Unter den 410 Sektionen des Bostoner städtischen Krankenhauses der letzten 2 Jahre waren 6, bei denen subphrenische Abszesse gefunden wurden, die ihre Ursache nicht in der Appendicitis, sondern anderweitig hatten, 3 waren rechtsseitig (Ulcus ventriculi, Cholecystitis suppur., Typhus), 3 linksseitig (Pyothorax, Cholelithiasis mit Cholangitis suppur. und Pancreatitis haemorrhagica. Dagegen bestanden 7mal subphrenische Abszesse im Verlaufe von Appendiciten, woraus hervorgeht, welch wichtige ätiologische Rolle diese Erkrankung bildet. Während 4mal der rechte subphrenische Raum und 2mal der linke den Sitz des Eiters bildete, waren in einem Falle sogar beide erkrankt. Sämtliche Fälle sind früher operiert worden, doch scheint die Erkrankung des Subphreniums in vivo nicht diagnostiziert worden zu sein. **Scheuer** (Berlin).

20) Butters. Ausgedehnte Thrombose der Pfortader und ihrer Äste bei Appendicitis.

(Festschrift für Hofrat Göschel.)

Tübingen, H. Laupp'sche Buchhandlung, 1902.

B. berichtet über einen Kranken, welcher in der chirurgischen Klinik in Erlangen behandelt wurde. Derselbe war unter den Zeichen einer Perityphlitis simplex erkrankt. Während er erhöhten Puls und remittierendes Fieber etwa 18 Tage hindurch hatte, blieb der Lokalbefund immer der gleiche: »Eine kaum fühlbare, undeutliche Resistenz in der rechten Iliacalgrube und Druckschmerzen

daselbst. Leber und Milz nicht vergrößert, auch sonst nichts Krankhaftes nachweisbar.« Vom 18. Tage an trat täglich »Frösteln« auf. Die bald vorgenommene Operation (Prof. Graser) ergab, daß »das Peritoneum glänzend und glatt war, nur am Coecum fanden sich zarte, frisch organisierte Auflagerungen mit zahlreichen erweiterten Gefäßen, in welche der 5 cm lange Wurmfortsatz eingebettet und gegen das Ileum hin fixiert war«. Entfernung des Wurmfortsatzes. An einer Stelle wurde ein Jodoformgazestreifen in die Bauchhöhle eingeführt, im übrigen Schluß der Bauchwunde.

Bald Auftreten von Ikterus, der Kranke erholt sich nicht. Unter Zunahme des Ikterus und Benommenheit trat 3 Tage nach der Operation der Tod ein.

Die Obduktion ergab eine aufsteigende septische Thrombose bis in den Stamm der Pfortader und in die Leberverästelungen hinein (Leberabszesse, Streptokokken). Aus dem im Wurmfortsatz vorhandenen spärlichen Inhalt wurden Streptokokken gezüchtet, so daß ein Zusammenhang zwischen Wurmfortsatzentzündung und der Erkrankung der vom Blinddarm stammenden Venen und der allgemeinen septischen Erkrankung anerkannt werden muß.

Der Wurmfortsatz bot mikroskopisch nur das Bild der einfachen katarrhalischen Entzündung. **Neck** (Chemnitz).

21) Theilhaber. Zur Lehre von der Behandlung der tuberkulösen Peritonitis.

(Festschrift für Hofrat Göschel.)

Tübingen, **H. Laupp**'sche Buchhandlung, 1902.

Verf. berichtet über 3 Fälle von Bauchfelltuberkulose, welche er operiert hat. Bei dem einen Falle bestand neben einem rasch wachsenden Ascites eine ausgedehnte Tuberkulose der retroperitonealen Lymphdrüsen. In einem 2. Falle fand sich bei spärlicher Bauchfelltuberkulose und rasch wachsendem Ascites reichliche Dissemination der Tuberkel im Mesenterium mit Schrumpfung des letzteren. In einem weiteren Falle endlich trat trotz der Tuberkulose des Bauchfelles — hauptsächlich im kleinen Becken — kein Ascites auf.

Diese Beobachtungen brachten Verf. auf den Gedanken, »daß, wenigstens bei einem Teil der Fälle, es weniger die entzündliche Reizung des Bauchfelles sei, die die Exsudation herbeiführe, als die Lokalisation der Tuberkel in der Gegend, die die Äste der Pfortader passieren müssen, im Mesenterium und hinter demselben«. Dadurch würde eine Venenverengerung und als deren Folge Transsudation in den Bauchraum erfolgen. Weiter ist T. der Meinung, daß durch die Operation Verwachsungen gebildet würden mit neugebildeten Venen, und daß so durch Herstellung eines Kollateralkreislaufes erneuter Ascites vermieden würde. Auf die Heilung der Tuberkel habe die Laparotomie »keinen direkten Einfluß«.

Seine Theorie als richtig vorausgesetzt, spricht er sich dahin aus, daß man zur Vermeidung des Wiedereintrittes von Ascites zahlreiche Verwachsungen erzeugen solle im Sinne Talma's.

T. hält deshalb die Laparotomie nur »bei der ascitischen Form der Peritonitis tuberculosa« für indiziert. Bei den übrigen Formen leiste die exspektative Behandlung ebenso viel als die operative.

Er sagt: »Wenn Mesenterium oder mesenteriale oder retroperitoneale Drüsen wesentlich erkrankt sind, werde ich gleichzeitig das Peritoneum parietale abschaben, das Netz an die Bauchwand annähen, event. auch die Drüsen exstirpieren.«

Neck (Chemnitz).

22) C. Knoop (Kiel). Beitrag zur Therapie der Nabelschnurbrüche.

(Sammlung klin. Vorträge. N. F. No. 348. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1902.)

Der Abhandlung sind zugrunde gelegt drei in der Kieler Frauenklinik beobachtete und mit Erfolg operierte Fälle von Hernia funiculi umbilicalis. In dem ersten wurde der ausgelöste Bruchsack durch versenkte Katgutnähte eingestülpt und die Bruchpforte geschlossen, im zweiten der Bruchsack abgetragen, das

Bauchfell für sich und sodann die Bauchdecken vernäht, in ähnlicher Weise im dritten Falle verfahren. Alle drei Kinder sind später gestorben; ob ein Bauchbruch eingetreten, ist, ebenso wie die Todesursache, nicht festzustellen gewesen. K. bespricht sodann eingehend die bei Nabelschnurbrüchen in Betracht kommenden Behandlungsmethoden an der Hand der Statistik von Lindfors und später mitgeteilter Fälle und kommt dabei zu folgenden Schlußsätzen:

Bei Verweigerung der Operation, sehr großen Bauchspalten, Komplikation mit anderen tödlichen Mißbildungen und zu ausgedehnten Entzündungserscheinungen ist konservative Behandlung, durch a- resp. antiseptischen Verband, bei den zu großen Spaltbildungen ohne weitere Komplikation Ahlfeld's Operation, event. unter Hinzufügung von seitlichen Entspannungsschnitten, in allen anderen Fällen Laparotomie, beim Verschluß der Bauchwand Schichtnaht in Anwendung zu ziehen. In vereinzelten, ganz unkomplizierten Fällen kann ein Versuch mit Olshausen's Operation, am besten in der Modifikation von Krönig mit isolierter Fasciennaht, gemacht werden. **Kramer** (Glogau).

23) L. Pinatelle. Deux observations de névrose du pylore.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 3.)

Da ähnliche Beobachtungen augenscheinlich sehr selten mitgeteilt sind (vgl. Brunner, dieses Zentralblatt 1901 Nr. 20), so ist P.'s Bericht über 2 Fälle von Jaboulay von besonderem Interesse.

1) Die 32jährige Pat. litt an Hyperchlorhydrie und heftigen Magenschmerzen ohne Erbrechen oder Blutungen. In der Pylorusgegend war eine kleine runde, harte, schmerzlose Resistenz zu fühlen. Es wurde an ein Geschwür am Pylorus ohne wirkliche Stenose gedacht. In der Narkose verschwand die Geschwulst vollständig. Nach Öffnung der Bauchhöhle konnte beobachtet werden, wie der Pylorus bald völlig erschlaffte, bald sich hart kontrahierte. Auch am Antrum pylori zeigten sich Kontraktionen (noeuds de contraction), die ohne peristaltische Fortpflanzung sich wieder lösten. Digitale Dehnung des Pylorus. Pat. gab nach der Operation an, ihre Beschwerden los zu sein.

2) Die 28jährige Nonne litt an hartnäckigem hysterischem Erbrechen. Bei der Laparotomie sah man, wie der Pylorus sich in einem gewissen Rhythmus krampfhaft kontrahierte. Diese Kontraktionen pflanzten sich »als antiperistaltische Wellen«, unter Verkleinerung der Magenhöhle, langsam nach der Cardia hin fort und erloschen, ohne diese zu erreichen. Jaboulay dehnte den Pylorus und massierte den Plexus solaris. Keine Besserung. Pat. konnte sich zur Gastroenterostomie nicht entschließen und ging an Inanition zugrunde.

V. E. Mertens (Breslau).

24) A. Reitzenstein. Ileus infolge von Thrombose der Vena mesenterica.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 6.)

In dem mitgeteilten Falle eines 39jährigen Mannes waren die hervorstechendsten Symptome im klinischen Bilde: 1) Allmähliches Auftreten der Erscheinungen des Schmerzes, der Diarrhöen etc., 2) plötzliches Wiederaufhören des Schmerzes, 3) Mangel eines lokalisierten und allgemeinen Meteorismus, 4) am 3. Krankheitstage auftretende Resistenz in der Gegend des Colon ascendens, 5) Erbrechen von Kot und Blut und heftige blutige Diarrhöen. Kollaps. Die Sektion bestätigte die im Leben gestellte Diagnose eines paralytischen Ileus infolge von Thrombose der V. mesenterica; im Bauche war massenhaft Blut, Dünndarmschlingen infarziert, ebenso Mesenterium, Colon transversum mannsarmdick gebläht. Der verstopfende Thrombus saß an der Übergangsstelle der V. mesent. in die V. portae. Pat. war mit hochgradigen Varicen der Beine und Blase behaftet, so daß der Verdacht auf Thrombose der V. mesent. erregt wurde, zumal eine Invagination ausgeschlossen werden konnte. **Kramer** (Glogau).

25) Neuweiler. Beitrag zur Anwendung des Murphyknopfes bei Magen- und Darmoperationen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Verf. gibt eine umfangreiche geschichtliche Darstellung der Anwendung des Murphyknopfes, in der die ganze europäische Literatur und die hauptsächlichsten amerikanischen Arbeiten über diesen Gegenstand referiert werden. Das Ergebnis dieser Zusammenstellung ist dahin zu fassen, daß der Murphyknopf in Amerika viele, in England und Frankreich dagegen gar keine Anhänger hat. In Italien wird er besonders von Carlo und in Deutschland nur von wenigen der bekannteren Chirurgen — Czerny, v. Mikulicz, Kümmell etc. — häufiger in Anwendung gezogen. Auch unter diesen sind die Anschauungen über den Wert der Methode noch keine einheitlichen, so daß weitere Beiträge zu der Frage nicht überflüssig sind. N. gibt selbst eine Übersicht über 28 Fälle, bei denen der Knopf angewendet wurde. 5mal wurde er am Dickdarm appliziert. Nur einer dieser Pat. starb unmittelbar im Anschluß an die Operation an einer diffusen Perforationsperitonitis, an der der Knopf kein Verschulden trug. Stenosenerscheinungen traten in keinem Falle auf, so daß bei keinem der Operierten eine spätere Verengerung der angelegten Kommunikation konstatiert werden konnte. Unter weiteren 5 Fällen von Knopfanwendung am Dünndarm ist das Instrument wahrscheinlich einmal indirekt Ursache des ungünstigen Ausganges gewesen, da ein nach der Operation aufgetretener Ileus vielleicht mit dem Knopfe in Zusammenhang steht. Die Pylorusresektion wurde 9mal mit Verwendung des Knopfes vorgenommen. 4 Pat. starben daran. Bei den Überlebenden ging der Knopf jedesmal ab, einmal freilich erst nach $^3/_4$ Jahren, aber ohne daß er während dieser Zeit Beschwerden gemacht hätte. Die funktionellen Resultate waren auch bei diesem Kranken, soweit sie vom Knopfe abhingen, gute. Unter 9 Gastroenterostomien ist die Knopfmethode einmal sicher die Ursache des Todes gewesen, da wohl beim Zusammenschieben der beiden Hälften eine Verdrehung der Darmschlinge zustande kam, welche zum Tode unter Ileuserscheinungen führte. Der ungünstige Ausgang bei 3 anderen Pat. dieser Kategorie stand nicht im Zusammenhange mit dem Murphyknopfe, der sich bei den Überlebenden auch bei der Anlegung einer Magen-Darmfistel durchaus bewährte. Von den verschiedenen Methoden der Gastroenterostomie scheint dem Verf. die vordere mit Braun'scher Enteroanastomose die geeignetste zu sein. Bei der letzteren soll die Anwendung eines kleinen Knopfes ganz besonders geringe Gefahren bieten. Dort wo die Gastroenterostomie wegen karzinomatöser Verengerung gemacht wurde, sind Stenoseerscheinungen bis zum Tode nie wieder eingetreten.

Am Schlusse der Arbeit schildert N. die Vorbereitungen zum Eingriff, die Art der üblichen Narkose, die Methode der Nachbehandlung und die Technik der einzelnen Operationen am Magen- und Darmkanal, bei denen die Anwendung des Murphyknopfes in Betracht kommt. Im ganzen unterscheiden sich alle diese Maßnahmen wenig von den allgemein gebräuchlichen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

26) C. Ehrlich. Ein Beitrag zur Kasuistik der Pankreasgeschwülste. (Aus der Gießener chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 9.)

Die mitgeteilten 2 Fälle waren dadurch ausgezeichnet, daß die Erkrankung bei den 57 und 66 Jahre alten Pat. ganz unter dem Bilde einer Pankreascyste aufgetreten war, und daß erst bei der Operation der glatte Oberfläche und flüssigen Inhalt von bräunlicher, seröser bis blutiger Beschaffenheit zeigenden Geschwulst in dem einen Falle ein Endotheliom, im anderen ein Sarkom des Pankreas nachgewiesen werden konnte. Beide Geschwülste hatten, wie die Sektion zeigte, eine ziemlich zentral gelegene, gleichmäßig gebaute Höhle, deren Entstehung entweder durch Zerfall und die damit verbundenen Blutungen in die Geschwulst bedingt sein oder so gedeutet werden konnte, daß primär eine Cyste vorhanden war, in deren Wand sich die Neubildung entwickelt hatte. Der Befund machte

die letztere Annahme wahrscheinlich. Die Fälle geben die Lehre, bei der Diagnose großer Pankreascysten, welche nicht traumatischen Ursprungs sind und bei Leuten im vorgerückten Alter auftreten, die Möglichkeit im Auge zu behalten, bei der Operation eine bösartige Neubildung vorzufinden oder eine solche im Laufe der Nachbehandlung entstehen zu sehen. **Kramer** (Glogau).

27) H. Hochhaus. Pankreasentzündung mit Blutung und Nekrose.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 2.)

In den von H. mitgeteilten zwei Fällen war der anfängliche Verlauf der Krankheit der gewöhnliche: Plötzlicher Beginn mit sehr heftigen Leibschmerzen, Singultus, Erbrechen, Auftreibung des Leibes, Stuhlverhaltung und starke allgemeine Prostration; bemerkenswert war die Lokalisation des Schmerzes in der Gegend unterhalb des Magens, sowohl zu Anfang, als auch während der ganzen Dauer des Prozesses. Der weitere Verlauf in Fall I ergab auch fernerhin kein charakteristisches Symptom, aus dem die Diagnose mit einiger Sicherheit hätte gestellt werden können. Ganz anders lagen die Verhältnisse in Fall II, wo das plötzliche Auftreten von Zucker, Aceton und Acetessigsäure im Urin im Verein mit den anderen Krankheitszeichen über die Erkrankung des Pankreas kaum einen Zweifel ließen. — Veränderungen des Stuhlganges waren bei beiden Fällen nicht zu verzeichnen.

H. bespricht im Anschluß an diese Fälle, denen noch ein dritter, auf Pankreasentzündung verdächtiger, aber nicht zur Obduktion gelangter angereiht wird, die diagnostisch als entscheidend in Betracht kommenden Symptome: den heftigen Schmerz in der Pankreasgegend, eine Resistenz oder Geschwulst ebendaselbst und die Glykosurie. Der Schmerz kann durch seine große Intensität und sein Fortbestehen zu einer Zeit, wo alle anderen Symptome und das ganze Allgemeinbefinden auf eine Besserung der Erkrankung hindeuten, einen wertvollen Anhaltspunkt abgeben; H. führt ihn auf die Zerrung und den Druck zurück, welchen die Gangliengeflechte hinter dem Pankreas durch die Blutung und Entzündung erleiden. Eine Resistenz oder Geschwulst in der Pankreasgegend fehlt in manchen Fällen, bezw. ist infolge der Schwierigkeit der Tastung des aufgetriebenen und schmerzhaften Leibes nicht immer nachweisbar; auch der Urinbefund weist nicht immer Veränderungen auf, so daß die Diagnose meist recht schwierig bleibt. In betreff der Ätiologie der Pankreatitis und der Bedeutung der bei der Autopsie sich präsentierenden Organveränderungen, der Entzündung, Blutung und Fettgewebsnekrose, geben auch H.'s Fälle keine aufklärenden Momente.

Kramer (Glogau).

28) A. Mouchet. Un cas curieux de difformités congénitales multiples.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 20.)

Der 46jährige Schuhmacher weist folgende angeborene Störungen auf: Doppelseitige Hüftverrenkung nach hinten oben, beiderseitige Verrenkung des Radiusköpfchens nach hinten, Verrenkung beider Ulnae am unteren Ende nach hinten, unvollkommene Luxatio sternalis des rechten Schlüsselbeines. Außerdem fehlt dem Pat. das linke Bein, das im 38. Lebensjahre im Oberschenkel amputiert worden ist. Die Amputation wurde notwendig wegen schwerer Infektion im Anschluß an die Vereiterung von Hygromen, die sich an dem ebenfalls angeborenen linken Klumpfuß entwickelt hatten. Zur Vervollständigung dieses Museums von Deformitäten kommt noch eine erworbene, sehr ausgesprochene rechtsseitige Kyphoskoliose und anatomische und funktionelle Störungen beider Hände, welche vom Verf. als neuritische aufgefaßt werden. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

29) O. Benda. Zur Ätiologie des Schulterblatthochstandes. (Aus der Universitäts-Poliklinik für orthopädische Chirurgie zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 7.)

Wie der angeborene Schulterblatthochstand eine Folge verschiedener pathologischer Prozesse, intra-uteriner Belastungsdeformität, eine fötale Hemmungs-

bildung oder die Folge angeborenen Muskel- (Cucullaris) Defekts sein kann, so ist auch der erworbene nur als ein Symptom anzusehen, welches im Gefolge vieler pathologischer Vorgänge auftreten kann. Den bisher bekannt gewordenen Fällen dieser letzteren Form, welche auf Rachitis in den ersten Lebensjahren zurückzuführen waren oder in einer wahrscheinlich entzündlichen Schrumpfung des Levator scapulae ihre Ursache hatten, reiht B. einen neuen an, in welchem eine Ankylose des Schultergelenks Schulterblatthochstand hinterlassen hatte. Der untere Winkel des letzteren steht $3^1/_2$ cm höher wie auf der gesunden Seite und springt etwas nach hinten vor; das ganze Schulterblatt ist etwas gehoben und um seine sagittale Achse gedreht. Bei Abduktion des Armes dreht es sich, mit ihm fest verbunden, in seine ursprüngliche Lage zurück und steigt gleichzeitig herab; bei Abduktion von 40° stehen beide Schulterblätter wieder parallel und gleich hoch. **Kramer** (Glogau).

30) **P. Sick.** Über angeborenen Schulterblatthochstand.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 566.)

S. berichtet über zwei einschlägige Fälle aus der Kieler Klinik, von welchen der eine doppelseitig war. Muskelanomalien waren nicht vorhanden, wohl aber erhebliche Formänderungen der betreffenden Schulterblätter, Verlängerung desselben, Verbreiterung an der Wurzel der Spina und Exostosenbildung am oberen medialen Ende. Besonders hervorzuheben ist in beiden Fällen ferner eine Spaltbildung im Bereich der Hals- und oberen Brustwirbel, die im Röntgenbilde als Aufhellung des Knochenschattens deutlich nachweisbar ist. Dazu besteht in Fall 2 ein abnormer Haarwuchs vom 2. Lendenwirbel bis zum Kreuzbein, ähnlich wie er bei Spina bifida occulta nicht selten vorkommt, während in Fall 1 der angeborene Schulterblatthochstand in der Familie der Pat. erblich zu sein scheint.

Befunde wie diese sind bei der Krankheit nicht selten erhoben und weisen auf fötale Entwicklungsstörungen als den eigentlichen Krankheitsgrund hin, und zwar handelt es sich wahrscheinlich um einen fehlenden »Descensus scapulae«. Es liegt nahe, während der ersten Fötalmonate zu enge Amnioneinschnürung, eine Erhaltung des Kopfteiles in Rückwärtskrümmung oder ähnliche mechanische Ursachen anzunehmen. Diese zuerst von Kirmisson gegebene Erklärung der Affektion als eine Hemmungsbildung ist, wie S. ausführt, durch hierfür sprechende Befunde bei ca. $^2/_3$ aller bislang beschriebenen Fälle gestützt. Auch der Cucullarisdefekt, der in einigen Fällen beobachtet ist, und in dem von anderer Seite die Ursache des Schulterblatthochstandes gesehen wurde, könnte als nur fakultative Teilerscheinung der Hemmungsbildung am Wirbel-Schulterblatt gedeutet werden. Interessante Photogramme und die Röntgenbilder der Pat. sind beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

31) **Schwartz.** Luxation habituelle du nerf cubital.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 4.)

S. meißelte eine Furche für den Nerv und fixierte ihn darin. Die Beschwerden hörten auf. **V. E. Mertens** (Breslau).

32) **C. W. Baum.** Zum Mechanismus der Luxation im unteren Radioulnargelenk.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 645.)

In die Kieler Klinik kam ein 44jähriger Arbeiter, dem, als er in gebückter Stellung mit beiden Händen einen Stein umfaßte, um ihn zu heben, ein anderer schwerer Stein gegen den rechten Unterarm gefallen war. Resultat: außer einer kleinen Wunde am Handrücken eine volare Dislokation des Ulnaköpfchens, wodurch der Querdurchmesser des unteren Vorderarmendes verkleinert, sein Tiefendurchmesser verbreitert war; deutliche Tastbarkeit des Ulnaköpfchens an der abnormen Stelle. Die Röntgenbilder (s. Original) entsprechen der äußeren Untersuchung, zeigen außerdem noch einen Abbruch des Processus styloideus ulnae.

In Narkose leichte Reposition durch Extension der Hand mit Gegenzug am Ellbogen, dann Radialflexion und schließlich starke Beugung. Die Entstehung der Verrenkung in diesem Falle ist auf direkte Gewalt, bedingt durch den auffallenden Stein, welcher den in Flexion stehenden Vorderarm traf, zurückzuführen.

Dem eigenen Falle fügt B. Allgemeinerörterungen über die Mechanik dieser unteren Ulnaverrenkungen hinzu und kommt dabei zu von den herrschenden, auf Malgaigne zurückzuführenden Theorien, nach welchen die volare Verrenkung durch extreme Supination, die dorsale durch Pronation der Hand zustande kommt, abweichenden Resultaten. Mit Berücksichtigung der neueren Kasuistik und Literatur faßt B. seine Ansicht wie folgt zusammen: »Als Ursache für die Luxation im unteren Radioulnargelenk muß an erster Stelle die direkte Gewalt genannt werden. Die bisherige Annahme, daß die volare Dislokation durch extreme Supination, die dorsale durch Pronation zustande komme, läßt sich nach der experimentellen Nachprüfung nicht halten. Eine Drehung, die die Hand angreift, kann, wenn sie überhaupt wirksam ist, nur im umgekehrten Sinne wirken. Vielmehr wird die indirekte Gewalt hauptsächlich dann in Betracht kommen, wenn die luxierende Bewegung vom Vorderarme ausgeführt wird, während die Hand den festen Stützpunkt bildet, um den die Drehung stattfindet. Wenn es auch nicht gelungen, experimentell auf diesem Wege die Verrenkung hervorzurufen, so spricht doch für diese Art der Entstehung die wenn auch geringe klinische Erfahrung. Wahrscheinlich spielen daneben noch andere Momente, in erster Linie direkter Druck eine Rolle, die den Mechanismus komplizieren. Darauf deutet unter anderem der negative Ausfall der Leichenversuche.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

33) **Cnopf.** Über Madelung's spontane Subluxation des Handgelenks nach vorn.

(Festschrift für Hofrat Göschel.)

Tübingen, **H. Laupp**'sche Buchhandlung, 1902.

Bei einem 14$^1/_2$ Jahre alten Mädchen wurde seit 2$^1/_2$ Jahren ein abnormes Vorspringen des Handgelenkendes der rechten Ulna beobachtet. Ohne Beschwerden und ohne belästigende Störung in den Bewegungen des Handgelenks nahm die Formveränderung allmählich zu. Das Kind hatte keinerlei Arbeit verrichtet, auch nie ein Trauma erlitten. Rachitis bestand nicht. Nach 2 Jahren war der Handrücken etwa 1,5 cm nach der Vola verlagert. Das untere Ende der Ulna ragte hakenförmig auf der Streckseite der Hand hervor. Das untere Radiusende trat nur wenig hervor, und war hier durch Tastung kein sicherer Aufschluß über das Lagerungsverhältnis zwischen Radius und Carpus zu gewinnen. Die Handwurzel erschien im ganzen nach der Hohlhand zu und aufwärts verrenkt. Am stärksten war die Dorsalflexion behindert — sie gelang halbsoweit wie links — die Plantarflexion weniger. Die Verlagerung der Hand ließ sich durch Zug oder Druck nicht ausgleichen.

Unter gleichzeitiger Verwertung von Röntgenbildern wurde festgestellt, daß die Ulna am oberen Ende eine Krümmung in zwei Ebenen, gegen den Radius zu konvex und dorsalkonvex und am unteren Ende eine Achsendrehung von etwa 90° zeigte. »Der Radius zeigte im oberen Drittel eine kürzere, dorsal konkave Krümmung.« Über die unteren $^2/_3$ desselben erstreckte sich eine mäßige volarkonkave Ausbiegung. Am unteren Ende nahe der Gelenkfläche bestand eine »Art volarer Knickung« (volarwärts und in leichterem Grade ulnarwärts), so daß »die Gelenkfläche des Radius stark nach der Vola und schräg gegen die Ulna« sah und »der volare Anteil des Gelenkflächenrandes des Radius als leicht palpable Leiste an der Volarseite des Handgelenkes zu fühlen war«. Auf der Ulnarseite bestand Luxation des Os pyramidal. volarwärts und aufwärts, auf der Radialseite war eine Luxation zwischen Carpus und Radius nicht vorhanden.

Während Madelung am Radius eine Luxation zwischen diesem und der Handwurzel annimmt, stellen Delbet und Duplay eine solche in Abrede und

nehmen nur eine Verbiegung des Radius bei der Entstehung der sogenannten spontanen Luxation des Handgelenkes an. C. stellt sich für seinen Fall auf die Seite von Delbet und Duplay, ist aber mit Kirmisson der Ansicht, daß wohl beide Möglichkeiten der Entstehung angenommen werden müssen.

Neck (Chemnitz).

34) L. Freiherr v. Lesser. Über die Luxation des Os lunatum carpi.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 488.)

Die Abhandlung knüpft an einen Fall an, welcher einen Geistlichen betrifft, der, bei einer Hochgebirgstour abgestürzt, außer anderen Verletzungen eine Mondbeinverrenkung erlitten hatte. Der verrenkte Knochen, in der Vola stark vorstehend, bewirkte ein Beugungshindernis am Daumen und Zeigefinger, sowie nervöse Störungen im Medianusgebiet, weshalb er ca. $1^1/_2$ Jahre nach der Verletzung exstirpiert wurde, und zwar mit gutem Erfolge. Der Knochen, welcher eine Drehung um 90° erfahren hatte, steckte zwischen Radius und Ulna und war besonders mit der Ulna stark narbig verwachsen. v. L. erörtert die zur Aufklärung des Mechanismus dieser Verrenkung aufgestellten Theorien und weist nach, daß sie bei forzierter Dorsalflexion im Handgelenk nur durch Hebelwirkung entstehen könne. Anders lautende Erklärungen sind abzuweisen. Näheres siehe in dem durch einige Skizzen von Röntgenbildern illustrierten Original.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

35) Nicoladoni. Weitere Erfahrungen über Daumenplastik.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

N. hat zum zweiten Male Gelegenheit gehabt, eine Daumenplastik aus der zweiten Fußzehe nach der von ihm angegebenen Methode zu machen. Auch in diesem Falle ist es nicht gelungen, einen aktiv beweglichen Daumen zu erzielen, dagegen gelang es, eine reichliche Ernährung durch einen breiten Basislappen herzustellen und die Zehe frei von jeder Nekrose zu erhalten. Der neue Daumen besitzt ein tadelloses Nagelglied. Die Sensibilität ist in beiden operierten Fällen zurückgekehrt. Bei dem früher beschriebenen Pat., einem Kinde, ist in den verflossenen Jahren kein Wachstum des transplantierten Daumens erfolgt, so daß er um fast $^1/_2$ cm Länge hinter dem anderen Daumen zurückgeblieben ist. Die Gebrauchsfähigkeit des neuen Gliedes ist jedesmal eine sehr befriedigende geworden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

36) Riehl. Über eine ungewöhnliche Karzinomform.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

R. beobachtete bei einem 48jährigen Manne sehr ausgedehnte Ulcerationen in beiden Leistenbeugen, welche in $^3/_4$ Jahren entstanden waren; sie waren bis 7 cm tief und über dem Mons veneris hin verbunden durch eine schmalere ulcerierte Fläche; es erstreckte sich also ein gewaltiges Geschwür von einer Spina iliaca anterior superior quer hinüber zur anderen; auch am Hodensack und an der Penishaut fanden sich Geschwüre, ferner auf der Bauchhaut und an der Vorderseite beider Oberschenkel. Die mikroskopische Untersuchung von exzidierten Randstückchen ergab überraschenderweise Karzinom mit Stachelzellen. Die Ulcerationen entstanden in der Weise, daß erst eine Anschwellung auftrat, welche nachher die Haut durchbrach. Bei der Autopsie fanden sich noch zwischen den Muskeln der Vorderfläche der Oberschenkel Cysten mit wasserklarem Inhalt; ihre Wand bestand aus krebsigem Gewebe. Diese merkwürdigen Cysten verdanken ihren Ursprung nicht etwa einem Zerfall von Karzinomknoten, sondern sie sind offenbar entstanden durch fortschreitende karzinomatöse Wucherung längs der Lymphgefäße, deren Wand, von Karzinommassen eingehüllt, durch die bestehende Lymphstauung ausgebaucht sind. Die Lymphstauung entstand durch tiefes Wuchern des Karzinoms um die Schenkelgefäße, welche Wucherung sich an den Gefäßen

entlang bis ins Becken erstreckte. An den inneren Organen fanden sich keine Metastasen.

Der Fall ist so aufzufassen, daß das primäre Karzinom in der Haut der rechten Leistengegend entstand, in ganz ungewöhnlicher Ausdehnung um sich fraß, in der Haut des Bauches und der Oberschenkel Metastasen setzte und durch Entlangwachsen an den Lymphgefäßen in den Oberschenkelmuskeln die Cysten bildete.

Haeckel (Stettin).

37) **C. Nicoladoni.** Über die Bedeutung des Musculus tibialis posticus und der Sohlenmuskeln für den Plattfuß.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 348.)

In einer früheren Arbeit (cf. dieses Blatt 1902 p. 782) hatte N. für Entstehung des Plattfußes neben der Insuffizienz der fußspannenden Sohlenmuskeln derjenigen des Tibialis posticus eine ausschlaggebende Bedeutung vindiziert und hierauf basierende tenoplastisch-operative Behandlungsvorschläge entwickelt. Jetzt widerruft N. diese Theorien auf Grund einer Beobachtung an einem Jungen mit Kinderlähmung, dessen tiefe Unterschenkelmuskeln, also gewiß auch der Tib. post., sämtlich lahm waren, und der doch keinen Plattfuß bekommen hatte, weil die Gegenleistung seiner unversehrt gebliebenen Sohlenmuskeln völlig imstande war, dem Zuge des Triceps surae an der Ferse das Gleichgewicht zu halten. Demgemäß ändert er auch seine therapeutischen Vorschläge. Die Maßnahmen zu einer energischeren Kraftentwicklung seitens des Tib. post., die Überpflanzung der Hälfte der Achillessehne an ihn oder die Verkürzung seiner Sehne sieht er nicht mehr als rationell an, schlägt jetzt vielmehr vor, was er früher ablehnte, die temporäre Ausschaltung der Achillessehne derart, daß sie getrennt und ihr proximaler Stumpf für längere Zeit unter die tiefe Suralfascie verlagert werden soll, um eine Wiedervereinigung vorläufig hintanzuhalten. Wiedernaht der Sehne soll erst dann folgen, wenn die nun völlig frei funktionierenden Sohlenmuskeln eine dem Pes calcaneus entsprechende Fußform hervorgebracht haben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

38) **F. Lange** (München). Neue Plattfußeinlagen aus Celluloid-Stahldraht.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 7.)

Die von L. in den letzten 5 Jahren erfolgreich angewandten Plattfußeinlagen werden nach einem die Form des redressierten und belasteten Fußes in genauester Weise wiedergebenden Gipsmodell (s. Referat in diesem Blatte 1897 p. 1181) hergestellt. An die Stelle des Fußgewölbes wird zuerst ein entsprechend zugeschnittenes Stück Filz befestigt; dann kommt über die ganze Fußsohle eine Lage Längsgurte, welche auf beiden Seiten mit Celluloid-Acetonlösung bestrichen wird, darüber ein längs- und zwei querlaufende und hakenförmig umgebogene, 2 mm starke Stahldrähte und endlich eine Lage Quergurte, welche wieder dick mit Celluloidlösung bestrichen und möglichst angeglättet werden. Um das Anliegen zu erleichtern, umwickelt man die Einlage mit stärkstem Garn und läßt sie dann gut trocknen, wonach sie auf beiden Seiten mit dünnstem Glaceleder überzogen wird. Die Einlagen zeichnen sich durch ihre Leichtigkeit (15—20 g für Kinderfüße, 40—80 g für Erwachsene) und Haltbarkeit aus und gestatten nachträgliche Änderungen an ihrem Gewölbeteile durch Hinzufügen oder Entfernen einer Filzschicht; die Umbiegung der Querdrähte an der Außenseite verhindert ein Abrutschen des Fußes nach außen.

Kramer (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 22. Sonnabend, den 30. Mai. 1903.

1) **Jerzabek.** Samariterbuch für die Angehörigen der bewaffneten Macht.

Wien, **Josef Šafář,** 1902. 233 S.

Verf. will mit seinem Buche dem nichtärztlichen Publikum, in erster Linie den Offizieren und Unteroffizieren, eine Anleitung zur ersten Hilfeleistung bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen geben. In acht Kapiteln werden Krankenpflege und -Wartung, Verletzungen durch äußere Gewalteinwirkung und Einwirkung großer Hitze oder Kälte, Fremdkörper, Erstickung, Marschkrankheiten, plötzliche Geistesstörungen, krampfartige Zustände, Vergiftungen, Kranken-

transport besprochen. In klarer, leicht verständlicher Schreibweise wird in jedem Kapitel alles Wissenswerte berücksichtigt. Jeder für den Laien überflüssige wissenschaftliche Ballast ist vermieden. Sehr geschickt wird dem Leser überall eine Menge praktisch wichtiger Handreichungen und -Griffe geboten und namentlich die Improvisationstechnik in mustergültiger Weise behandelt. 216 gute Abbildungen erleichtern das Verständnis.

Das Büchlein stellt sich den besten, die bisher auf diesem Gebiet erschienen sind, ebenbürtig an die Seite, und verdient auch bei dem nichtmilitärischen Publikum weite Verbreitung. Sehr geeignet erscheint es als Leitfaden bei Unterrichtskursen.

Kleinschmidt (Kassel).

---

2) **F. Gumprecht.** Die Technik der speziellen Therapie. III. Auflage.

Jena, **Gustav Fischer,** 1903.

Die III. Auflage, die in so kurzer Zeit erschienen, zeigt, wie mit Recht das Buch sich einer großen Beliebtheit erfreut. Es finden sich zahlreiche Nachträge und Veränderungen. Neu sind die Kapitel Brustschnitt, Lokalanästhesie und Narkose. Infolgedessen hat sich der Umfang des Buches um drei Bogen vermehrt. Auch die Abbildungen sind um 23 vermehrt, einige ältere sind fortgelassen. Es ist sicher, daß sich das für den Praktiker so wertvolle Buch auch in seiner neuen Auflage zahlreiche Freunde erwerben wird, gibt es doch in kurzer klarer Weise eine Übersicht über nahezu sämtliche Encheiresen der Medizin.

Borchard (Posen)

---

3) **A. Velich.** Über Wiederbelebungsversuche.

(Časopis lékařů českých 1902. Nr. 50.)

Autor empfiehlt zur Wiederbelebung bei plötzlichem Herzstillstand ein Verfahren, welches Spina zur Erhaltung des Blutkreislaufes bei Tieren benutzt, deren Blutdruck ein sehr niedriger und deren Herzaktion schwer geschädigt ist. Das Verfahren ist eine Modifikation der Methode von Langendorff, nur wird nicht in die Aorta, sondern in eine periphere Arterie injiziert und zur Injektion kein defibriniertes Blut, sondern physiologische Kochsalzlösung benutzt. Man injiziert in zentripetaler Richtung; die injizierte Flüssigkeit treibt eine Blutsäule bis in die Aorta vor sich her, deren halbmondförmige Klappen schließen aneinander, das Blut muß in die Kranzarterien eindringen und das Herz beginnt zu pulsieren. Das Verfahren bewährte sich bei Tieren, die des ganzen Zentralnervensystems beraubt waren oder deren Herz durch Alkohol oder andere Gifte schwer geschädigt war.

G. Mühlstein (Prag).

---

4) **M. W. Ware** (New York). The roll of the bacillus proteus vulgaris in surgery.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Rolle, welche der Bacillus proteus vulgaris bei den verschiedenen eitrigen und septischen Prozessen gelegentlich spielt.

W. fand in einem Abszeß unter der Zunge, welcher schwere Allgemeinerscheinungen machte, wie Ikterus, Leber- und Milzschwellung, neben dem Streptokokkus sehr vertreten den Bacillus proteus vulgaris. Anschließend an diesen Befund hat er die ganze Literatur, welche sich mit diesem Saprophyten beschäftigt, durchmustert und insbesondere sein Vorkommen und seine Tätigkeit in der Chirurgie einer kritischen Besprechung unterzogen.

Danach ist der Bacillus proteus vulgaris bei den verschiedensten eitrigen Erkrankungen gefunden worden, so bei einer putriden Phlegmone des Vorderarmes nach einer Infektion am Kadaver (Hauser), bei einem Panaritium (Brunner), bei einem Unterschenkelgeschwür (Karlinski), in einem alten osteomyelitischen Herd (Bernacchi), bei einer Periostitis mandibulae bei Weil'scher Krankheit (Pfaundler), bei septischer Pleuritis nach Abort (Charrin), bei septischer Diphtherie mit besonders ausgedehnter Nekrose (Kuhnau), in Fällen von Cystitis (Wreden, Melchior) und vielen anderen.

In seinen Schlüssen geht W. nicht so weit wie Schnitzler u. a., welche sagen, daß der Bacillus proteus vulgaris allein, ohne Gegenwart anderer Eiterungen, imstande ist, eitererregend zu wirken, sondern weist ihm nur eine sekundäre, wenn auch deshalb nicht weniger wichtige Rolle zu. Er spricht sich daher dahin aus, daß der Streptokokkus (der häufigste Begleiter des Proteus) die Widerstandsfähigkeit des Körpers derartig herabsetzt, daß der Proteus vulgaris bei erhöhter Virulenz auf die Gewebe pathogen wirken und sogar eine Allgemeininfektion unter dem Bilde der Weil'schen Krankheit (infektiöser Ikterus) hervorbringen kann.

Eine solche Wechselwirkung des Streptokokkus und Proteus hält auch Hauser für vorliegend, welcher das Verhalten bei einer Symbiose folgendermaßen schildert: der Streptokokkus macht Nekrose; diese tote Materie begünstigt das Wachstum des Proteus vulgaris, dessen Gift wiederum die Gewebe derartig alteriert, daß sie dem Einflusse der Streptokokken geringeren Widerstand entgegensetzen.

Seefisch (Berlin).

---

5) **Wildiers.** Le pouvoir antiseptique du sublimé corrosif et du sulfate de mercure éthylène diaminé dans la desinfection des mains.

(Ann. et bull. de la soc. de méd. d'Anvers 1902. November.)

Auf Grund zahlreicher Versuche kommt W. zu folgenden Schlüssen:

1) Von allen Methoden der Händedesinfektion ist die sicherste

die von **Fürbringer**: Waschung mit Seife und Bürste, Alkohol, antiseptische Lösung.

2) Sublimat 1‰ ist bei weitem besser als Sublamin (Quecksilbersulfatdiamin).

3) Das Sublimat muß mindestens 4 Minuten in Kontakt mit den Händen sein.

4) Die besten Sublimatpastillen sind die mit Acidum tartaricum zu gleichen Teilen versetzten, weil sie die Blutalbuminate nicht ausfällen und den Händen ein Gefühl von Eingeriebensein mit Fett oder Salbe verleihen.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

6) **Torella.** Du fluorure d'argent (Tachyol) et de ses applications therapeutiques.

(Note présentée au 1er Congrès Egyptien de méd. dans la séance du 20 déc. 1902.)
Alexandrien, 1903.

Verf. rühmt dem von **Perez** (Policlinico 1902) näher studierten und von **Durante** praktisch verwerteten Fluorsilber eine stark antiseptische und zugleich für die Gewebe reizlose Wirkung nach. In Lösungen von 1 : 5000 bis 1 : 1000 hat es ihm bei infektiösen Prozessen des vorderen Auges, des Uterus, bei Urethritis posterior gonorrhoica, bei infizierten Wunden etc. stets gute Dienste getan.

A. Most (Breslau).

---

7) **Wanach.** Über die Bruns'sche Airolpaste.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1902. Nr. 40.)

W. tritt warm für die Anwendung der Airolpaste ein, die in vielen Fällen einen umfangreichen Verband ersetzt. Stichkanaleiterungen gehören zu den größten Seltenheiten; die Paste trocknet mit der Watte und dem etwa durchgesickerten Blut zu einer festen Platte ein, die aber hygroskopisch bleibt, im Gegensatz zum Kollodium, das wegen seiner Undurchlässigkeit unbrauchbar ist. Sie hat sich besonders da bewährt, wo Bindenverband nicht vor sekundärer Infektion schützt: bei Wunden in der Nähe der Körperöffnungen (Mund, Nase, Ohren, After, Harnröhre), bei Wunden in schwer zu reinigenden Körpergegenden (Leistengegend, Achselhöhle, behaarte Kopfhaut) und an solchen Teilen, wo sich ein gutsitzender Bindenverband kaum anbringen läßt (Penis).

Haeckel (Stettin).

---

8) **Meyer.** Zur Antisepsis in der Chirurgie und Geburtshilfe.

(Allgemeine med. Zentral-Zeitung 1902. Nr. 101.)

Auf der Suche nach antiseptischen Mitteln, welche frei von den schädlichen Nebenwirkungen der bisher üblichen Antiseptika sind, ist man in neuester Zeit auf gewisse, vorzugsweise ätherische Öle aufmerksam geworden. Unter ihnen ist das durch trockene Destillation des sog. Bienenkittharzes gewonnene Propolisin imstande, nach 2 Minuten langer Einwirkung Streptokokken, nach 3 Minuten Fäul-

nisbakterien abzutöten; Milzbrandsporen werden bei 22° C. durch eine 6%ige Emulsion in 10 Stunden vernichtet. M. hat sich für seine Versuche verschieden starke Propolisin-Vasogenlösungen hergestellt und ist zu folgendem Resultat gekommen:

Das Propolisin-Vasogen ist ungiftig; auf die offene Wunde wirkt es nicht reizend, sondern im Gegenteil schmerzlindernd. Es ist wasserlöslich. Es überzieht Hände, Instrumente etc. mit einem geschmeidigen, impermeablen antiseptischen Überzuge. Die Epidermis durchdringt es bis in die tiefen Schichten und entfaltet noch dort seine Wirksamkeit. Für den allgemeinen Gebrauch werden 15—25ige Lösungen empfohlen.

Auf Grund seiner Erfahrungen bezeichnet M. das Propolisin-Vasogen als das »zur Zeit wirksamste, unschädlichste, vielseitigste, bequemste und billigste Antiseptikum«. **Kleinschmidt** (Kassel).

---

9) **Lexer.** Über die örtliche Behandlung der chirurgisch wichtigen Infektionen.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 1.)

L. trifft eine Einteilung in drei Gruppen:

1) Toxische Wundinfektionen, wo die eingebrachte Giftmenge im Körper nicht mehr vermehrungsfähig ist. Typus: Schlangenbiß. Zur Verhinderung der Resorption solcher Gifte ist die von den Laien angewandte Umschnürung eine schätzenswerte Unterstützung der ärztlichen Eingriffe, die in großen, dem Gift Abfluß verschaffenden Einschnitten zu bestehen haben. Dieselben sind sicherer als subkutane Einspritzung neutralisierender Substanzen.

2) Bakterieninfektionen, welche zu schwerer Allgemeinerkrankung führen können, ohne daß dies die unbedingten Folgen dieser Infektionen sind: Milzbrand und alle durch Eiter- und Fäulniserreger erzeugten Wundinfektionen. Beim Milzbrandkarbunkel ist von jeglichem Eingriff abzuraten, da durch Eingriffe leicht eine Allgemeininfektion herbeigeführt werden kann. Akute Eiterungen dagegen sind mit Inzisionen zu behandeln, da so wie so stets eine gewisse Menge Erreger in die Blutbahn gelangen. Es ist nur darauf zu achten, daß nicht durch forcierte Eingriffe (Kratzen, Reißen, Bohren) eine plötzliche Resorption größerer Mengen geschieht. Der Inzision folgt die Einlegung eines trockenen Tampons, der die infektiösen Stoffe aufsaugt und gleichzeitig die Blutung stillt. Erst in der Nachbehandlung ist die feuchte Kompresse angebracht, unter deren Wirkung — dasselbe gilt auch von Salben — sich nekrotische Fetzen leichter abstoßen. Wendet man bei entzündlichen Prozessen von vornherein feuchte Verbände an, beschleunigt man nur die Bildung von Eiter.

3) Infektionen, deren Folge stets eine allgemeine Gift- oder Bakterienverbreitung und -vermehrung im Körper ist: Tetanus, Lyssa,

Rotz. Bei Tetanus und Lyssa muß neben der Serumbehandlung so schnell wie möglich eine örtliche Behandlung (Exzision, Amputation) Platz greifen, die hier bessere Aussichten auf Erfolg bietet, als beim Rotz. Bei letzterem muß man sich meist mit Spaltung der metastatischen Abszesse begnügen, wobei jedoch mechanische Reizungen, wie Auskratzen etc., zu vermeiden sind, da dadurch leicht die Resorption beschleunigt wird. **Silberberg** (Breslau).

---

10) **Wex.** Neueres über die Sauerstoff-Chloroformnarkose.

(Korrespondenzblatt des allgem. mecklenb. Ärztevereins Nr. 231.)

Unter Beziehung auf einen früheren Vortrag (siehe Referat d. Zentralbl. 1902 p. 1083) bespricht W. kritisch den inzwischen von Wohlgemuth, Michaelis und Falk gegen den Roth-Dräger'schen Apparat erhobenen Angriff, daß in demselben das Chloroform durch den O-Strom zersetzt werde. Er hält dem andere Untersuchungen entgegen, welche beweisen, daß das dem Pat. zugeführte Gemisch absolut einwandsfrei ist und führt die gegnerischen Angaben auf ein Konkurrenzmanöver zurück. Er bespricht und demonstriert sodann die von Roth in diesem Zentralbl. 1902 Nr. 46 veröffentlichte Verbesserung, durch welche eine Vereinigung des Chloroforms und Sauerstoffs erst im Augenblick des Gebrauches stattfindet, und durch welche die Dosierung des Chloroforms den höchstmöglichen Grad der Vollkommenheit erreichen soll. **Langemak** (Rostock).

---

11) **Brownrig.** Cerebral syphilis.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Januar 22.)

Als Ursache der Hirnsyphilis sieht Verf. auf das Gehirn wirkende äußere oder innere Schädlichkeiten an. Endarteriitis ist für die Krankheit nicht charakteristisch, kommt auch sonst vor, findet sich aber gerade bei Syphilis am häufigsten. Durch die Endarteriitis entstehen anämische und ischämische Stellen und später Degenerationsherde; die Gummigeschwülste sind erzeugt durch die reizenden und entzündungserregenden Eigenschaften des die Syphilis erzeugenden Mikroben. Durch die Giftstoffe, die sie erzeugen, wird lokomotorische Ataxie und Parese erzeugt. Nervendegenerationen, wie sie bei Syphilis gefunden werden, entstehen nicht durch Hg-Behandlung. Einen Schulfall von Hirnsyphilis, der tödlich endete, beschreibt Verf. genau an Stelle einer eingehenden Schilderung der Symptome und des Verlaufs. Die Diagnose ist oft sehr schwierig, eine Gefahr liegt im Übersehen einfacher, dauernder Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. Zur Erleichterung der Diagnose dient die Beachtung folgender Zustände: Kopfschmerz und Schwindel, Erbrechen, Neuritis optica, Hirnnervenlähmungen oder -Paresen, apoplektiforme Anfälle oder schubweise Somnolenzanfälle mit partiellen Hemiplegien, Reizbarkeit und geistige Schwäche, Polyurie und -dipsie, wenn alle diese Symptome gleichzeitig einen auffällig remittierenden Charakter

und Veränderlichkeit zeigen. Die Prognose richtet sich nach der Zeit des Auftretens: je früher, je besser. Die Behandlung soll im allgemeinen eine gemischte sein, Vermeidung aller Schädlichkeiten für das Hirn, sowohl äußerlicher wie geistiger, ist notwendig. Die medikamentöse Behandlung soll hauptsächlich Jodkali berücksichtigen; manchmal nützt auch dieses nicht, namentlich bei den Spätfällen, sondern soll manchmal den Krankheitsverlauf beschleunigen.

Trapp (Bückeburg).

---

12) **H. Caboche.** De la hernie cérébrale dans les interventions intra-craniennes dirigées contre les otites moyennes suppurées.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 4.)

Bei der wachsenden Bedeutung, die der Hirnvorfall mit der Zahl der Hirnpunktionen zu Abszeßentleerungen oder zu diagnostischen Zwecken für den Otologen gewinnt, ist es sehr dankenswert, daß C. die über diese wichtige Komplikation vorliegenden Kenntnisse gesammelt hat. Seine Resultate sind zum Teil von speziellem Interesse für den Otologen, wie z. B. das Verhältnis der Hernien zu den Mittelohrräumen, zum Teil sind sie auch für den Chirurgen wichtig. Über die letzteren berichte ich kurz.

Nach C. kommen als Ausgänge des Hirnvorfalls in Betracht: Gangrän (selten), Blutung aus einem größeren Gefäß (selten) und Heilung (bei 8 von 11 publizierten Fällen). Für die Entstehung der Hernie macht C. mit anderen Autoren in erster Linie entzündliche Prozesse in der Hirnsubstanz verantwortlich, seltener spielen mechanische Momente eine Rolle. Anscheinend tritt nach der Operation abgekapselter Abszesse weniger leicht Prolaps auf, als bei solchen ohne Kapselmembran.

Nach C.'s Beobachtung tritt ein Vorfall ebenso oft nach kleiner, als nach ausgiebiger Inzision der Dura ein. Nach negativer Probeinzision soll man die Hirnhaut nähen. Therapeutische Eingriffe (Abtragung, Repositionsversuche, Ligatur) sind als gefährlich zu verwerfen. Am wirksamsten beugt man der Entstehung bezw. Vergrößerung des Prolapses vor, indem man durch häufig gewechselte Verbände die entzündliche Einschmelzung des Hirns hintanhält.

Hinsberg (Breslau).

---

13) **G. Mahu.** Des pansements consécutifs à l'évidement petro-mastoidien.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 12.)

Bekanntlich ist zur Erzielung einer endgültigen Heilung nach Radikaloperation wegen Mittelohreiterung eine sachgemäß geleitete Nachbehandlung von der größten Wichtigkeit. Diese Nachbehandlung ist häufig schwieriger als die Operation selbst; fehlt sie, so ist der Effekt des ganzen Eingriffes illusorisch.

Obgleich die in Betracht kommenden Verhältnisse fast bei allen Pat. verschieden sind, so lassen sich doch einige Grundprinzipien

aufstellen, die bei jedem Falle zu beachten sind. In der sehr ausführlichen Arbeit M.'s sind diese klar zum Ausdruck gebracht; ebenso anschaulich sind die verschiedenen Störungen der Wundheilung und die bei ihrem Eintreten anzuwendende Behandlung dargestellt.

Hinsberg (Breslau).

---

14) **N. J. Napalkow.** Die Anwendung vollständig abgelöster Knochenplatten und Korpelgewebes zur Wiederherstellung verunstalteter Nasen.

(Arbeiten aus Prof. Djakonow's Klinik. Beil. zu Chirurgia 1903. Februar. [Russ.])

N. spricht sich gegen die Anwendung des Paraffins aus: dasselbe muß als Fremdkörper ebenso wenig befriedigende Resultate liefern, als auch die Anwendung metallischer Platten. Djakonow erzielt sehr gute Resultate durch Anwendung von Knochenplatten aus der Tibia, durch Knorpelstücke aus den Rippen und Haut-Periostlappen aus der Stirn. So werden neue Nasenrücken, Nasenflügel und Septa gebildet. Für die letzteren wird der Knorpel zuerst in die Oberlippe eingepflanzt und aus derselben dann das neue Septum gebildet. Die Einzelheiten der Technik sind in Djakonow's Aufsatz in der »Russischen Chirurgie« 1902, 4. Lieferung, veröffentlicht. — Eine Reihe von Krankengeschichten und Photographien zeigen die erzielten guten Resultate.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

15) **Luc.** La méthode de Killian pour la cure radicale de l'empyème frontal chronique.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 28.)

L. referiert eingehend über die von Killian vorgeschlagene Methode zur operativen Beseitigung der Stirnhöhleneiterung. Auf Grund theoretischer Erwägungen hält er sie für die zweckmäßigste der zur Zeit bekannten. Auch seine eigenen Erfahrungen, die allerdings noch nicht sehr zahlreich sind, sprechen für ihre Brauchbarkeit.

Hinsberg (Breslau).

---

16) **Harmer.** Über die chirurgische Behandlung der chronischen Kieferhöhleneiterung.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 7.)

Die Veröffentlichung des Verf. knüpft an eine Arbeit von Hajek an (vgl. Referat d. Zentralbl. 1902, Nr. 19, p. 525), der in Übereinstimmung mit der Caldwell-Luc'schen Methode die Kieferhöhleneiterung mit Anlegung einer Dauerfistel zwischen Kieferhöhle und Nase behandelt, mit Resektion eines Teiles der unteren Muschel. Verf. kann der Methode nicht die gleichen überraschend günstigen Heilerfolge nachrühmen, wie sie Hajek veröffentlicht hat; dennoch betrachtet er sie als relativ die beste, weil die schwierige Nachbehandlung und das Tragen einer Prothese fortfällt.

H. hat neuerdings das Verfahren einfacher gestaltet, indem er direkt von der Nase her die Fistel anlegte, ohne vorher von der Fossa canina aus die Oberkieferhöhle freizulegen. Er verzichtet dabei freilich auf eine Inspektion der Höhle, dafür aber ist das Verfahren einfacher, läßt sich unter Cocainanästhesie ausführen und vermeidet die Gefahr, daß in der Fossa canina ebenfalls eine Fistel zurückbleibt.

Schmieden (Bonn).

---

17) **C. Brunner.** Über die retrovisceralen Geschwülste und Strumen unter besonderer Berücksichtigung ihrer Topographie und der Technik ihrer Operation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Die außerordentlich eingehende und umfassende Arbeit zerfällt in vier große Abschnitte.

Der erste behandelt die retropharyngealen Geschwülste mit Ausschluß des Kropfes. Als Typus dieser seltenen Gattung berichtet Verf. über einen von ihm selbst operierten Fall, ein retropharyngeales Myxofibrom. Die Therapie bestand, nach prophylaktischer Gastrostomie, in Exstirpation der Geschwulst unter temporärer Durchsägung des Unterkiefers. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als ein sehr gefäßreiches, stellenweise mit Hämorrhagien durchsetztes Fibrom mit sehr starker hyaliner und myxomatöser Entartung. Seinen Ursprung nahm sie von dem Bindegewebe eines zum Sympathicus gehörigen Teiles, höchstwahrscheinlich eines seiner Ganglien.

Unter Berücksichtigung der sich auf wenig mehr als 20 Fälle erstreckenden Kasuistik bespricht Verf. dann die Histologie, die Topographie, den Ausgangspunkt und die Ausdehnung und schließlich die Symptome der retropharyngealen Geschwulst.

Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit dem retrovisceralen Kropf, welchen Verf., sich an die Einteilung Wölfler's anlehnend, in wahre accessorische und mit der Hauptdrüse parenchymatös zusammenhängende retroviscerale Kröpfe trennt. Für letztere Form führt Verf. wieder eine eigene Beobachtung an.

Bei einer 64jährigen Frau fand sich eine die rechte Rachenwand vordrängende hühnereigroße, mit stark injizierter Schleimhaut bedeckte Geschwulst, die fast bis zur Mittellinie reichte. Bimanuell ließ sich nachweisen, daß diese Geschwulst mit dem rechten, zu einer knolligen Struma vergrößerten Schilddrüsenlappen im Zusammenhang stand. Wegen hochgradiger Atemnot wurde die Resektion des rechten Kropflappens mit Auslösung des retropharyngeal gewachsenen Hornes ausgeführt. Bei letzterer wurde der auf dem Fortsatz liegende Ramus internus des N. laryngeus sup. durchtrennt. Die Frau starb an Schluckpneumonie.

Im dritten Abschnitt bespricht Verf. die Differentialdiagnose der retrovisceralen Geschwülste. Zunächst werden die retropharyngealen Geschwülste den anderen Affektionen gegenübergestellt, welche zu Verwechslung Anlaß geben können, den Nasen-Rachenpolypen,

Mandelgeschwülsten, Retropharyngealabszessen und retropharyngealen Hämatomen. Sodann folgt die Besprechung der Differentialdiagnose zwischen retroviszeralen Neubildungen und Kröpfen.

Den Schluß der Arbeit bildet das Kapitel: Therapie. Einem historischen Überblick über die Entwicklung der verschiedenen Operationsverfahren, besonders bei Neubildungen, folgt die kritische Beleuchtung der einzelnen Methoden, unter welchen Verf. der Kombination von Wangenschnitt und temporärer Kieferdurchsägung mit dem Halslängsschnitt für die Entfernung von Neubildungen bedeutende Vorzüge einräumt. **Blauel** (Tübingen).

---

18) **J. Garel.** La toux de compression, son importance pour la diagnostic des rétrécissements des bronches (adénopathies et tumeurs du médiastin).

(Ann. des malad. de l'oreilles etc. 1902. No. 3.)

G. macht auf einen eigentümlichen, bellenden Husten aufmerksam, den er wiederholt bei Kompression der Bronchien fand. Er nennt ihn »Kompressionshusten« und glaubt, daß man aus dem eigentümlichen Charakter, den G. seinen Zuhörern durch den Phonographen demonstriert, den Druck auf die Bronchien schon zu einer Zeit diagnostizieren könne, in dem andere Symptome noch fehlen. Das Geräusch soll nach G. nicht im Kehlkopf entstehen, sondern an der verengten Stelle im Bronchus. **Hinsberg** (Breslau).

---

19) **A. Luxenburger.** Experimentelle Studien über Rückenmarksverletzungen.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1903.

Jeder Beitrag zur experimentellen Erforschung der Rückenmarksverletzungen ist dem Chirurgen überaus willkommen. L. hat nun mit großem Verständnis für die aus der Praxis sich ergebende Fragestellung eine ganze Reihe von diesbezüglichen Experimenten mit großer Sorgfalt durchgeführt. Auch ihn befriedigt die »molekuläre Veränderung des Nervenparenchyms« nicht, die man nach dem Grundsatz, »wo Begriffe fehlen, da stellt ein Wort zur rechten Zeit sich ein«, zur Erklärung der sogenannten Rückenmarkserschütterung in die Pathologie eingeführt hat. Wer dieses Krankheitsbild anerkenne, dem ein wohlabgegrenzter Symptomenkomplex fehlt, der müsse von vornherein jeglichen operativen Eingriff in den ersten Tagen nach dem Insult ablehnen; denn ein Zusammentreffen derselben ist mit fast jeder Rückenmarksquetschung oder -Zerrung denkbar.

L. hat zunächst die Wirkung von Distorsionen der Wirbelsäule an 6 mit Äther narkotisierten Kaninchen geprüft; solche ließen sich indes nicht am Halsteil anstellen, dem beim Menschen bevorzugten Abschnitt, sondern nur an der Grenze der Brust-Lendenwirbel. Um

nun den Einfluß von Quetschung und Zerrung, wie er in den Ergebnissen der ersten Versuchsreihe kombiniert angetroffen wurde, im einzelnen zu erkennen, bewirkte er in einer zweiten Versuchsanordnung eine direkte Quetschung des Markes, in einer dritten reine Zerrung. Für jene legte er das Rückenmark bis auf die Pia an umschriebener Stelle bloß (an 13 Tieren) und ließ durch ein aus bestimmter Höhe (5—20 cm) fallendes bestimmtes Gewicht (5 bezw. 10 g) einen dem Mark aufgesetzten Glasstab treffen. Auch langsamen Druck probierte er. Zur Hervorrufung von möglichst reinen Zerrungseffekten ließ er die zweckmäßig an einem Strick befestigten Tiere (3 an Zahl) mit dem Kopf voran abstürzen, so daß sie plötzlich, in der Körperachse gezerrt, in der Luft hängen blieben.

Ein wesentliches Ergebnis dieser Versuche ist, daß die Nervenfasern besonders leicht verletzlich sind im Verhältnis zu den Gefäßen; der schädigende Einfluß einer intramedullären Blutung kommt daher für leichte und mittelschwere Fälle nicht und nur für größere Blutungen bei schweren Quetschungen in Betracht. Extramedulläre Blutungen erreichten nie den Grad selbständiger Bedeutung, wie dies schon Wagner-Stolper gegenüber Manley betont haben. Für die Frage der Quetschungen müsse man leichte und schwere, langsame und rasche unterscheiden. Bei geringer Parese der hinteren Extremitäten fand L. keine Verschiebung der grauen Substanz, oft minimale Blutungen, geringe traumatische Degeneration grauer und weißer Substanz.

Totalen Lähmungen lag immer Verschiebung und Blutung in der grauen Substanz zugrunde, wenn sie rasch erfolgte, wie dies beim Menschen die Regel ist. Die Blutungen reichten oft in noch größeren Mengen, in charakteristischer Verteilung aufwärts und abwärts durch mehrere Segmente.

Schwere langsame Markquetschung entbehrt meist der Substanzverschiebungen, oft der Blutungen.

Die Zerrungsfolgen haben geringere Blutergüsse, die sich mit Vorliebe um die größeren Gefäßlichtungen ordnen; wirkliche Substanzverschiebungen (Heterotopien) fehlen.

Nach L. sind die traumatischen Veränderungen des Rückenmarks infolge von Distorsionen in der Hauptsache Quetschungsfolgen. Eine traumatische Hämatomyelie ohne gleichzeitige traumatische Schädigung des Nervengewebes, eine reine Hämatomyelie im Sinne Stolper's, komme nicht vor. Dieser Autor sowie Minor und Kocher hätten die Blutwirkung überschätzt. Nur große Blutergüsse zögen das umgebende nervöse Gewebe in Mitleidenschaft. Immer seien die Quetschungs- und Zerrungsdegenerationen größer als die anwesenden Blutergüsse; die Längsdehnung, wie die Zusammenpressung verursache Nekrotisierung der spinalen Nervenfasern ohne Beihilfe von Blutaustritten.

Wo wesentliche Blutergüsse fehlen, sei Quetschung als Ursache ausgeschlossen; da bleibe die Entscheidung zwischen Zerrung und

Erschütterung offen, welche letztere durch Druckschwankungen im Liquor cerebrospinalis (Wellenbewegung) im Grunde auch eine Zerrung der Nervenfasern, eine Ausbauchung in transversaler Richtung bewirke.

Von praktisch wichtigen Einzelheiten sei noch betont, daß Mangel der Abplattung des Rückenmarks nicht gegen schwere Quetschung spricht, da erstere durch Ödem bald ausgeglichen wird — ein für den Operateur wichtiges Moment. Eine große Anzahl schematischer Figuren zeigt die Wirkungen des Traumas, insbesondere die Verschiebungen zwischen grauer und weißer Substanz wie auch die Lokalisation der Blutungen.

(Es kann der verdienstlichen Arbeit nicht Eintrag tun, wenn Ref., dessen Beiträge zur Hämatomyeliefrage von L. mehrfach erörtert werden, für die weitere Bearbeitung dieses interessanten Gebietes einige Wünsche äußert. Für die Zerrungsexperimente müßte die Möglichkeit einer Kontusion des Markes durch die Kante gesprengter Wirbel ausgeschlossen werden. Ferner ist die Eröffnung des Duralsackes bei den Quetschungsversuchen zweifellos eine Fehlerquelle, die sich an Hunden nach meiner Erfahrung vermeiden läßt. Auch ist für die klinische Diagnostik die sorgfältige Notierung notwendig, wieweit, d. h. durch wieviel Segmente hindurch, traumatische Degeneration und Blutungen noch nachweisbar sind, und zwar kranialwärts; denn von einer totalen Querschnittszermalmung kaudalwärts sitzende Läsionen kommen ja klinisch gar nicht in Betracht. Endlich wäre für die Frage der Zerrungsschädigungen auch noch eine Versuchsreihe wünschenswert, ob man nicht durch Zug (z. B. mit einem Schielhäkchen) an den hinteren austretenden Wurzeln Zerrungsaffekte am Mark erzielt, wie sie beim Menschen bei Überbeugung des Rückgrats vom Ref. beobachtet worden sind.)

P. Stolper (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

Über Massage des freigelegten Herzens beim Chloroformkollaps.

Von

Dr. D. G. Zesas.

Im Jahre 1899 publizierte Prus in der Wiener klin. Wochenschrift eine Reihe von Wiederbelebungsversuchen in Todesfällen von Erstickung, Chloroformvergiftung und elektrischem Schlage mittels Massage des freigelegten Herzens, nachdem bereits im Jahre 1874 Schiff[1] und Hocke[2] die Wirkung dieser Maßnahme bei ähnlichen Zuständen experimentell geprüft und Schiff ihr die Bezeichnung »Circulation artificielle« gegeben hatte. Bei 100 Versuchstieren gelang es Prus, durch künstlich nachgeahmte rhythmische Herzkontraktionen mittels Massage 55mal das Herz wieder in Bewegung zu setzen, und zwar 47mal in ganz normaler

[1] Recueil des memoires physiologiques Bd. III.

[2] Practitioner 1874. April.

Weise. Der Wiedereintritt der Herzfunktion schwankte zwischen einem Zeitraume von 15 Sekunden bis zu 2 Stunden. Prus zog aus seinen Tierexperimenten die Schlußfolgerung, daß man seine Wiederbelebungsmethode auch beim Menschen in plötzlichen Todesfällen von Erstickung, elektrischem Schlag, besonders aber bei Chloroformvergiftung anwenden solle, nachdem alle üblichen Rettungsversuche fruchtlos geblieben, und setzt seine Hoffnungen auf Erfolg hauptsächlich auf die Fälle von Chloroformintoxikation während der Operation, indem der Operateur noch zeitig genug zur Eröffnung des Brustkorbes schreiten und die Herzmassage vornehmen könne.

Im Jahre 1900 hat sich Batelli[3] in Genf bei experimentellen Untersuchungen über die Wiederherstellung der Funktion des Herzens und des Nervensystems nach totaler Anämie auch mit dieser Frage beschäftigt und ist zu dem Schlusse gelangt, daß das Verfahren der Herzmassage bei Chloroformvergiftung oder Asphyxie auch beim Menschen anwendbar sein dürfte.

Von klinischer Seite jedoch wurde keine diesbezügliche Erfahrung bekannt gemacht bis 1898, als Tuffier über eine eigene hierher gehörende Beobachtung in der Société de chirurgie in Paris referierte. Es handelte sich um einen plötzlichen Todesfall, 5 Tage nach einer Perityphlitisoperation, wahrscheinlich ursächlich einer Embolie. Der momentane Erfolg war unstreitig ein erfreulicher. »Le coeur ondula d'abord regulèrement« sagt Tuffier, »puis se contracta franchement. Le pouls reparait, le malade fait de grandes inspirations, les yeux s'ouvrent largement, les pupilles se retrecissent, il tourne la tête comme après une syncope.« Bald darauf wurde jedoch der Puls schwach und das Herz hörte auf zu schlagen. Eine nochmalige Massage stellte die Herzfunktion wieder her, doch nur für einige Minuten; denn alsbald wurde der Puls wiederum schwach und die Herzkontraktionen hörten endgültig auf. Gelegentlich dieser Mitteilung erklärte Bazy, daß seines Wissens im Jahre 1892 ein Spitalchirurg von dieser Methode Gebrauch gemacht, jedoch gleichfalls ohne Erfolg. Nicht glücklicher lauteten die Erfahrungen hierüber von Gallet und Michaux. Ebenso erfolglos erwies sich die Herzmassage in einem Falle von Depage[4]. Wohl stellten sich einige Minuten nach diesem Wiederbelebungsversuche die Herzkontraktionen ein, hörten jedoch bald wieder auf, trotz gleichzeitig ausgeübter künstlicher Atmung. Maag[5], der in diesem Blatte über einen diesbezüglichen Fall referierte, gelang es nach wenigen rhythmischen Kompressionen die Herztätigkeit wieder herzustellen; das Bewußtsein kehrte jedoch nicht zurück, und der Tod erfolgte ca. 11 Stunden nach dem Eingriffe.

Im ganzen sind wohl ungefähr ein Dutzend Fälle von Herzmassage bekannt geworden, bei denen, mit Ausnahme der Maag'schen Beobachtung, die eine Lebensverlängerung von ca. 11 Stunden ergab, die Massage auf die Wiederherstellung der Herzfunktion ohne jeglichen nennenswerten Einfluß geblieben. Dieser kleinen Anzahl von Fällen bin ich in der Lage, einen weiteren beizufügen, den ich Ende der 80er Jahre als Assistenzarzt an Prof. Dr. Niehaus' chirurg. Abteilung am Inselspital zu Bern zu beobachten Gelegenheit hatte, und der, chronologisch geordnet, als erster Fall von Herzmassage bei Chloroformkollaps figuriert. Es handelt sich um einen ca. 40jährigen Mann, der von einem Kropfe, der ihm Schling- und Atembeschwerden verursachte, befreit zu werden wünschte.

Pat. war sonst ein kerngesunder Mann, weder Herz noch Lunge boten etwas Abnormes bei der Untersuchung, die ich am Tage vor der Operation vornahm. Keine Spur von Arteriosklerose; Urin normal. Es war also nicht die geringste Kontraindikation für die Narkose vorhanden. Als der Pat. in den Operationssaal trat, schien er mir etwas ängstlich, was er zugestand, ließ sich aber durch ein paar

---

[3] Journ. de physiol. et de pathol. générales 1900 und Travaux du laboratoire de physiologie de l'Université de Genève.

[4] Annales de la Société Belge de Chirurgie 1901. Zentralblatt für Chirurgie 1901.

[5] Zentralblatt für Chirurgie 1901.



ermutigende Worte beruhigen. Zur Narkose wurde englisches, reines Chloroform, wie es in der Abteilung üblich und mit dem man stets zufrieden war, angewandt. Es trat kein Exzitationsstadium ein. Die Narkose schien normal zu verlaufen, als plötzlich, kurz vor Beginn der Operation, die Atmung stockte und Pat. cyanotisch wurde. Die stark erweiterten Pupillen waren reaktionslos, kein Puls mehr, keine Spur von Herztönen oder Herzgeräuschen bei der Auskultation wahrnehmbar. Nach vergeblichen Versuchen durch künstliche Atmung das Leben zurückzurufen, entschloß sich Prof. Niehaus rasch zur Rippenresektion und zur Freilegung des Herzens, um durch rhythmische Kompressionen dieses zur Funktion anzuregen. Gleichzeitig wurde die künstliche Atmung fortgesetzt. Unsere Bemühungen blieben fruchtlos, das Herz, das am Anfang weich war, wurde etwas fester, seine Muskulatur bot zeitweise ein leichtes Flimmern, aber zu einer normalen Kontraktion kam es nicht, und das erhoffte Resultat der Wiederbelebungsversuche blieb aus. Die von Prof. Langhans vorgenommene Autopsie ergab bei allen Organen durchweg normale Verhältnisse.

Die Mißerfolge der bisherigen klinischen Erfahrungen dürften vielleicht theoretisch größtenteils direkt zur Last der angewandten Methode selbst fallen, da die schwere Schädigung, die durch den herbeigeführten Pneumothorax entsteht, unmöglich ohne nachteiligen Einfluß auf ein event. günstiges Resultat bleiben kann. Man sollte bei der Bloßlegung des Herzens die Eröffnung der Pleura umgehen können. Wehr hat bereits im Jahre 1899 auf dem Chirurgenkongreß in Berlin über eine Methode zur Bloßlegung des Herzens referiert, welche die Vermeidung der Pleuraverletzung berücksichtigt. Leider wird man kaum eine ausreichende Freilegung des Herzens vom Thorax her bewerkstelligen können, ohne Beschädigung der Pleura, weshalb Mauclaire[6] vorschlug, den Weg zum Herzen durch's Zwerchfell zu nehmen. Poirier[7] hat vor 2 Jahren Gelegenheit gehabt, diesen Vorschlag klinisch zu prüfen, doch auch diesmal blieb der Erfolg der Wiederbelebung aus; ebenso ungünstig verlief ein weiterer Fall, in welchem Mauclaire[8] selbst die diaphragmatische Methode in Anwendung zog.

Die Prus'sche günstige Vorhersage hat sich nach den bisherigen klinischen Erfahrungen nicht bestätigt, und es ist fraglich, ob die Resultate der Herzmassage beim Chloroformkollaps sich in der Zukunft wesentlich bessern werden, und ob ein durch Chloroformintoxikation gelähmtes Herz mechanisch zur Wiederbelebung angeregt werden kann. Theoretische Gründe sprechen dagegen, und es dürfte ratsamer sein, bis zur Aufklärung verschiedener dunkler Punkte bei der künstlichen Atmung und Zungentraktionen zu bleiben[9]. Der operative Eingriff ist entschieden nicht so gefahrlos, um ohne weiteres sofort am Anfang der Kollapserscheinungen unternommen zu werden, und selbst in Fällen wo die Herzmassage frühzeitig angewandt von Erfolg gekrönt wäre, dürfte es fraglich bleiben, ob die üblichen Mittel nicht auch ausreichend gewesen wären. Da, wo die allgemein angewandten Belebungsversuche fruchtlos bleiben, wird die Massage des Herzens kaum Besseres leisten. Dies war auch die Schlußfolgerung der auf dem letztjährigen französischen Chirurgenkongreß stattgefundenen Debatten, in welchen außer ungünstigen diesbezüglichen klinischen Erfahrungen auch mißlungene Tierversuche (Widal) zur Sprache kamen.

---

[6] Gaz. des hôpitaux 1901.

[7] Gaz. des hôpitaux 1901.

[8] Gaz. des hôpitaux 1902.

[9] Vgl. auch Boureau: Le massage du coeur mis à nu. Revue de chir. Bd. XXII Nr. 10 und Zentralblatt für Chirurgie 1903. p. 392.

(Aus dem Bürgerhospitale zu Köln. Geh.-Rat Prof. Dr. Bardenheuer.)

Über Penisamputation.

Von

Dr. **Eugen Hopmann**, Assistenzarzt.

Am 14. März 1903 kam der 56 Jahre alte Herr M. wegen einer durch Apoplexie verursachten Blasenparese in die Behandlung des Bürgerhospitals.

Der Pat. beansprucht ein besonderes Interesse wegen des ausgezeichneten Erfolges einer bei ihm im Jahre 1894 vorgenommenen Penisamputation, die wegen Cancroid nötig war und von Geh.-Rat Prof. Dr. Bardenheuer nach eigener Methode ausgeführt worden ist. Der Erfolg der Operation ist in dem gänzlichen Fehlen irgend eines Rezidives nach jetzt 9 Jahren gegeben, während der außerordentliche Vorzug der Bardenheuer'schen Methode von allen bisher angegebenen darin liegt, daß an dem Penisstumpfe nie eine Urethralstriktur aufgetreten ist.

Status praesens: Der jetzt vorhandene, erektionsfähige Penisstumpf hat eine Länge von 3 cm; an dem freien Ende ist er glatt überhäutet. Die Urethramündung und die übrige Urethra ist für einen Mercier-Katheter Nr. 19 bequem durchgängig. Aus den Angaben des Pat. ist zu entnehmen, daß nie Strikturbeschwerden bestanden haben.

Der Hauptpunkt der Bardenheuer'schen Operationsmethode, die eingehend von Lucas im Zentralblatt für Chirurgie 1900, Nr. 1, p. 1 dargelegt ist, ist: man läßt die mit möglichst viel umliegendem Gewebe ausgeschälte Urethra etwa 2 cm lang aus dem Penisstumpfe hervorragen und näht die den Stumpf peripher deckenden Hautlappen circulär an die Basis der freigelegten Urethra an, ohne die Urethralschleimhaut mitzufassen. Während des Heilungsprozesses krempelt sich dann die Schleimhaut des hervorragenden Urethrastückes nach außen um, und man erzielt eine weite Harnröhrenmündung.

Die Bardenheuer'sche Methode ist von Riese nachgeprüft und in der »Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins« warm empfohlen worden. (Referiert im Zentralblatt für Chirurgie 1900, Nr. 44, p. 1111.)

Angeführt ist die Methode ferner im Handbuche der praktischen Chirurgie, Bd. III, 2. Teil, p. 446, in dem von Prof. Dr. v. Bramann und Dr. Rammstedt bearbeiteten Abschnitte: Verletzungen und Erkrankungen der Harnröhre und des Penis.

Die Beschreibung der Methode ist dort mit dem Satze geschlossen: »Dadurch soll eine Striktur ausgeschlossen sein«. Diese Ausdrucksweise ist unnötig vorsichtig. Tatsächlich werden die postoperativen Urethrastrikturen nach der Bardenheuer'schen Methode vermieden.

Außer dem eingangs mitgeteilten Falle, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, sind von Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Bardenheuer noch weitere vier Fälle mit dem gleichen günstigen Resultate nach der beschriebenen Methode operiert worden.

---

20) Siegel. Schädeltrepanation wegen Kopfschmerzen.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

Ein 27jähriges Mädchen litt fast sein Leben lang an heftigsten Kopfschmerzen, welche ihren Sitz hatten am linken Scheitelbein dicht an der Lambdanaht. Hier fand sich eine klein handtellergroße Depression, die $1^1/_2$ cm tief war. Bei herabhängendem Kopfe schwillt diese Stelle zu einer vorspringenden Beule an, die beim Aufstehen rasch wieder verschwindet. Da der Grund der Depression völlig von Knochen geschlossen war, kann die Beule nur durch rasch sich ansammelnde Lymphe entstehen. Ursache der Depression war vermutlich eine Verletzung in der

Geburt. Die deprimierte Stelle wird ausgemeißelt; die Dura tritt darauf in ihr normales Niveau, die Knochenstücke werden aufgelegt und heilen gut ein. Die Kopfschmerzen schwinden definitiv. 11 ähnliche Fälle aus der Literatur werden angeführt; in allen, mit Ausnahme von einem, handelte es sich um tastbare Veränderungen des Knochen, meist um Impressionen. **Haeckel** (Stettin).

21) Bregman und Oderfeld. Zur Chirurgie der Hirnsyphilis und topisch-diagnostischer Verwertung der Jackson'schen Epilepsie.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

Bei einem 34jährigen Manne, welcher Lues durchgemacht hatte, traten rechtsseitige Kopfschmerzen, linksseitige Facialisparese, Parese des linken Armes, Krämpfe der linken Gesichtshälfte auf, welche oft von allgemeinen Krämpfen begleitet waren. Da die Krämpfe eine enorme Häufigkeit erlangten, wurde trepaniert. Alles deutete auf einen syphilitischen Prozeß der Rinde hin, dessen Mittelpunkt das Zentrum für den rechten Mundfacialis sein mußte. Allein hier wurde nichts gefunden. Nach 3 Tagen Tod. Bei der Sektion fanden sich zwei beträchtliche Gummata im rechten Stirnlappen. Auffallend war, daß keines der Symptome von Stirnlappengeschwulst bestanden hatte. Der Fall gehört zu jenen schon ziemlich zahlreichen, welche zeigen, daß selbst stabile Lähmungen mit monoplegischem Charakter und einer Ausdehnung entsprechend der Topographie der Hirnrinde, zugleich mit Jackson'scher Epilepsie, nicht für eine Lokalisation in der motorischen Region beweisend sind. **Haeckel** (Stettin).

22) L. W. Hotchkiss (New York). Motor aphasia due to a small cortical haemorrhage in the region of Broca's convolution; trephining; recovery.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Der 39 Jahre alte Pat. wurde am 8. Februar in das J. Hood Wright-Hospital aufgenommen, nachdem er tags zuvor rücklings aus einer Höhe von 9 Fuß herabgestürzt war. Er war auf den Hinterkopf gefallen und 8 Stunden lang bewußtlos gewesen, hatte sich dann erholt, konnte aber nur mit Mühe sprechen. Aus dem rechten Ohre war etwas Blut geflossen. Da sich die motorische Aphasie immer deutlicher ausbildete, begab sich Pat. zu Fuß in das Krankenhaus.

Bei seiner Aufnahme war er vollkommen klar, konnte jedoch seinen Namen nicht sagen, ebenso wenig andere Worte außer »Yes«, »certainly«, »dure«. Man sah ihm an, daß er jeden ihm gezeigten Gegenstand erkannte, jedoch trotz der größten Mühe keine Bezeichnung dafür fand. An der rechten Seite des Hinterkopfes fand sich eine Sugillation.

Pat. wurde noch 2 Tage lang beobachtet. In dieser Zeit bildete sich die Aphasie zu einer vollständigen aus, ohne daß das Bewußtsein gestört war. Allmählich stellte sich eine leichte rechtsseitige Facialisparese ein, auch traten mehrfach leichte Konvulsionen in den rechten Extremitäten auf.

Am 10. Februar Trepanation. Ein großer Haut-Muskel-Periostlappen wurde abgelöst und eine Trepanation über dem vorderen Teile der dritten linken Stirnwindung gemacht. Die Dura war verfärbt und pulslos, keine extradurale Blutung. Nach Eröffnung der Dura fand sich ein kleines Blutextravasat und ein Gerinnsel, welches außer Blut auch kleine Teile der Großhirnrinde enthielt. Das Gerinnsel wurde fortgespült und die Wunde über einigen dünnen Drains geschlossen.

Schon am nächsten Tage konnte Pat. wieder »Yes«, »certainly«, »sure« sagen. Nach 5 Tagen gab er seinen Namen und die Adresse richtig an, nur bei der Aussprache der Konsonanten zögerte er etwas. Auch stand er schon nach 5 Tagen auf. Die Besserung schritt schnell fort. Die anfänglich bestehenden Kopfschmerzen und das Schwindelgefühl verloren sich bald. Die Wunde war nach 11 Tagen geheilt. Pat. wurde vollkommen wieder hergestellt.

Seefisch (Berlin).

23) **P. Jacob.** Über einen Fall von Gehirnechinokokkus.

(Fortschritte der Medizin 1903. Nr. 1.)

Man hat bisher am Lebenden die Diagnose des Gehirnechinokokkus allgemein nur in solchen Fällen gestellt, in welchen derselbe nach außen durch die Nase oder die Schädelkapsel durchgebrochen war. Die bisher operativ bezw. spontan geheilten Fälle betreffen meist solche an die Außenfläche durchgebrochene Echinokokkenblasen. Im vorliegenden Falle, bei dem es sich um eine seit einigen Monaten bestehende Hirnaffektion handelte, wurde die zuvor als möglich erwogene Diagnose einer Echinokokkencyste durch die Lumbalpunktion sichergestellt.

Bei der ersten Punktion — im ganzen wurden drei gemacht — entleerten sich 20 ccm einer hellgelben Flüssigkeit, in welcher mikroskopisch Häkchen, durch die chemische Untersuchung Bernsteinsäure und hoher Chlornatriumgehalt konstatiert wurden. Dieser Fall ist der erste durch Lumbalpunktion diagnostizierte Gehirnechinokokkus. **Kronacher** (München).

24) **M. Paunz.** Über den rhinogenen Hirnabszeß.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 427.)

16jähriges Mädchen bekam nach akutem Schnupfen von zweiwöchentlicher Dauer einen Abszeß des linken Oberlides und Anzeichen von linksseitiger Nebenhöhleneiterung, 2 Tage später Symptome von intrakranieller Komplikation. Am selben Tage Operation: Eröffnung eines ziemlich großen linksseitigen Frontallappenabszesses; die Stirnhöhle, die ganz klein und rudimentär war, enthielt keinen Eiter; über die anderen Nebenhöhlen ist nichts gesagt. Der Verlauf war dann wechselnd, einmal recht gutes Befinden, dann wieder deutliche Retentionserscheinungen; 3 Wochen nach der Operation Hirnvorfall. Später traten dann Herderscheinungen, wie Abducens- und Facialislähmung auf, nach $4^1/_2$ Monaten erst Nackenstarre, 14 Tage später Tod. Die Sektion ergab multiple Stirnlappenabszesse, Ventrikeldurchbruch und allgemeine Meningitis. Eiter im Siebbeinlabyrinth. — Es folgt dann eine Besprechung des Falles und die Vergleichung desselben mit den in der Literatur niedergelegten ähnlichen Beobachtungen.

Manasse (Straßburg i/E.).

25) **G. Mahu.** Procidences combinées du sinus et de la dure-mère rendant impossible la trépanation mastoïdienne.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 10.)

M. berichtet über einen Fall, bei dem es wegen Vorlagerung des Sinus neben Tiefstand der mittleren Schädelgrube unmöglich war, das Antrum mastoideum zu eröffnen. Im Anschluß daran untersuchte er, in welcher Weise die normale Konfiguration des Schläfenbeines sich verändern muß, um zu dem beschriebenen Effekt zu führen. **Hinsberg** (Breslau).

26) **Goris.** Un cas de chirurgie cérébrale pour complication d'otite moyenne chronique. Guérison.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 1.)

G. diagnostizierte bei einem jungen Mädchen, das an rechtsseitiger Otitis media chronica litt, einen entzündlichen Herd an der Spitze der rechten Felsenbeinpyramide auf Grund folgender Symptome: Abducenslähmung rechts, beiderseits Ödem der Papille, Schmerzen in der Mitte des Kopfes, hinter den Augen. — Bei der daraufhin vorgenommenen Operation fand sich an der vermuteten Stelle, die freigelegt wurde, ein Sequester von 1 qcm Seitenfläche, der anscheinend der Felsenbeinspitze entsprach. Glatte Heilung. — Leider ist aus dem Berichte nicht zu ersehen, wie der entzündliche Prozeß vom Ohre her an diese Stelle gelangte. **Hinsberg** (Breslau).

27) **M. Lermoyez.** Abcès otogène du cerveau. Opération. Guérison.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 1.)

L. eröffnete den beschriebenen Schläfenlappenabszeß sowohl vom Tegmen tympani, also von unten, wie auch von der Schläfenschuppe her, an der von v. Bergmann angegebenen Stelle. Seiner Ansicht nach liefert diese Kombination beider Methoden die günstigsten Bedingungen für die Heilung, wie das ja auch die Statistik beweist (Eröffnung von der Schläfenschuppe allein 44% Heilung, vom Tegmen tympani 64%, nach dem kombinierten Verfahren 84%).

Hinsberg (Breslau).

28) **A. Valentin.** Die cystoskopische Untersuchung des Nasen-Rachens oder Salpingoskopie.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 410.)

Verf. hat ein dem Nitze'schen Cystoskop nachgebildetes Instrument konstruiert, welches durch den unteren Nasengang in den Nasen-Rachenraum eingeführt wird und die hier gelegenen Teile, besonders die Tuben und ihre Umgebung, zur Anschauung bringt. Auch die Bewegungen der Tuben und des Gaumensegels lassen sich gut mit dem »Salpingoskop« beobachten.

Manasse (Straßburg i/E.).

29) **A. Baurowicz.** Ein Beitrag zur Lokalisation der sogenannten blutenden Polypen der Nase.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 451.)

Die blutenden Polypen sitzen gewöhnlich am Septum, B. hat aber auch einen am vorderen Ende der unteren Muschel gesehen. Er fand sich bei einer 19jährigen graviden Frau. Histologische Untersuchung fehlt.

Manasse (Straßburg i/E.).

30) **A. Ephraim.** Über einen bemerkenswerten Fall von Sequester der Nase; zugleich ein Beitrag zur Lehre von der motorischen Innervation des Gaumensegels.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 421.)

Es handelt sich um einen großen Sequester, der dem Keilbein angehörte, bei einem 40jährigen syphilitischen Manne. Bemerkenswert ist, daß das Gaumensegel nicht gelähmt war, trotzdem der Canalis vidianus in dem Sequester enthalten war, man also annehmen mußte, daß der Nervus vidianus zerstört war.

Manasse (Straßburg i/E.).

31) **Cordes.** Das Adenokarzinom der Nase.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 8.)

Den 7 bisher publizierten Fällen von Adenokarzinom der Nase, deren Krankengeschichten im Auszug wiedergegeben werden, reiht Verf. einen von H. Krause beobachteten an:

75jährige Pat. hatte Frühjahr 1900 aus der rechten Nase wiederholt kleinere Blutungen, die allmählich stärker, zuletzt sehr heftig wurden. Die rechte Nasenhälfte wurde immer mehr undurchgängig; in ihr wurde eine glatte, mäßig resistente, den Naseneingang ganz ausfüllende Geschwulst von blaßroter Farbe, die auf die geringste Sondenberührung sofort heftig blutete, festgestellt. Da nach mikroskopisch festgestellter Diagnose eine radikale Operation abgelehnt wurde, konnte mit der Elektrolyse ein guter Erfolg erzielt werden; durch diese wurde die Neubildung in 28 Sitzungen so weit verkleinert, daß nur noch eine kleinwalnußgroße Geschwulst übrig blieb, welche mit der Zange entfernt wurde; nach $^{3}/_{4}$ Jahren noch keine Spur eines Rezidivs. Insertionsstelle der Geschwulst: Bulla ethmoidalis.

Die Neubildung nimmt ihren Ursprung mit Vorliebe vom Schleimhautüberzuge des Siebbeines. Die klinischen Erscheinungen sind behinderte Nasenatmung, mehr oder weniger reichliche Blutungen und eine dadurch bedingte Blutarmut, später Druckerscheinungen, dumpfes Gefühl im Kopfe und Kopfschmerzen. Meist werden sehr bald die Nebenhöhlen der Nase in Mitleidenschaft gezogen: Die Lamina papyracea wird zerstört, es tritt Exophthalmus auf, Kiefer-Keilbeinhöhle, Stirnhöhle und auch das Cerebrum werden befallen. Durch Zerfall bilden sich Fisteln meist am Augenwinkel oder nach unten zu am Gaumen. Pat. erliegt meist in 2—3 Jahren nach dem Beginn dem Leiden; in den bisher beobachteten Fällen konnte nur einmal ein operativer Eingriff (Elektrolyse) Heilung bringen, die übrigen Pat. starben nach vergeblichen Operationsversuchen oder waren bereits inoperabel.

Zum Schlusse betont Verf. noch, daß jede in der Nase unter der Form eines Adenoms auftretende Geschwulst äußerst skeptisch zu betrachten ist, da dieselbe scheinbar starke Neigung zu karzinomatöser Umwandlung zeigt.

Langemak (Rostock).

32) C. Blauel. Über zentrale Kieferfibrome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

B. teilt drei Fälle von zentralem Fibrom des Unterkiefers aus der Tübinger chirurgischen Klinik mit. Ihnen konnte er noch acht Fälle aus der Literatur anreihen. An der Hand dieser elf Beobachtungen bespricht B. die Hauptmerkmale der zentralen Kieferfibrome. Demnach sind dieselben ein anscheinend sehr selten vorkommendes Leiden. Es bevorzugt die mittleren Partien des horizontalen Astes des Unterkiefers; dort baucht die Geschwulst durch ihr langsames Wachstum vornehmlich die äußere Knochenwand vor. Die Erkrankung tritt meist im 3. Lebensdecennium in die Erscheinung. Bezüglich der Ätiologie bietet die Entstehung aus retinierten Zahnkeimen dem Verf. die größere Wahrscheinlichkeit. Übergänge in Sarkom kommen, wenn auch selten, vor, wie dies die jüngste Beobachtung B.'s beweist. (Hier bot sogar die Art der Wucherung des Sarkoms, die nur von einer kleinen Stelle des Fibroms ausging, besonderes pathologisch-anatomisches Interesse dadurch, daß sie am und im Knochen entlang kroch, ohne aber das Fibrom selbst zu durchsetzen.) **A. Most** (Breslau).

33) T. Hug. Ein Fall von Zahnwurzelcyste (periodontale s. periostale Cyste) des Oberkiefers mit spezieller Berücksichtigung der Histologie.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 398.)

51jährige Pat. mit cystischer Geschwulst an der vorderen Wand des linken Oberkiefers. Die Cyste konnte total von der vorderen knöchernen Wand abgelöst werden; die Lücke wurde durch einen vom Processus alveolaris abgelösten Schleimhautlappen gedeckt. Heilung nach 6 Tagen. — Die Cystenwand setzte sich aus drei Schichten zusammen, einer unteren periostalen, einer mittleren granulösen und einer oberen epithelialen Schicht. Letztere bestand aus Plattenepithelien ohne Verhornung. Es folgt dann eine genaue epikritische Besprechung sowie eine Vergleichung des Falles mit den in der Literatur bekannten Kiefercysten. **Manasse** (Straßburg i/E.).

34) A. Onodi. Struma accesoria am Zungengrunde.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 449.)

26jährige Frau mit haselnußgroßer harter Geschwulst in der linken Hälfte des Zungengrundes. Abtragung mit der scharfen Zange und Lapisätzung. Mikroskopische Untersuchung: Kapsel von derbem Bindegewebe, mit Plattenepithel bedeckt. Tief im Bindegewebe erbsengroßer Knoten, der aus Läppchen besteht, welch letztere wieder aus Zellinseln zusammengesetzt sind. Die Zellen sind epithelialer Natur, kubisch, bilden entweder solide Inseln oder umschließen eine Lichtung, die mit Kolloid angefüllt ist. — Die accessorischen Zungengrund-

strumen sind kongenitaler Natur und hängen mit der medianen Anlage der Schilddrüse zusammen. Sie können vikariierende Funktion ausüben.

Manasse (Straßburg i/E.).

35) **A. D. Fripp and R. H. Jocelyn Iwan. A case of sarcoma of the tongue, with an analysis of forty-three previously recorded cases.**

(Guy's hospital reports 1902. Vol. LVII.)

Verff. bringen die ausführliche Kranken- und Operationsgeschichte eines Falles von Zungensarkom und entwickeln weiterhin an der Hand von 43 aus der Literatur gesammelten Fällen ein Bild dieser verhältnismäßig seltenen Krankheit. Nach Ausschalten von 14 Fällen wegen nicht einwandsfreier Diagnose bleibt ein Material von 29 Fällen primärer Geschwülste. 25mal ist das Alter angegeben:

unter 15 Jahren	3	Fälle
15—30 Jahre	9	»
30—45 »	7	»
45—55 »	0	»
über 55 »	6	»

Der jüngste Pat. war 7 Wochen, der älteste 65 Jahre. Das männliche Geschlecht überwog um das Doppelte.

Die Geschwulst zeigt bei langsamem Wachstum bisweilen eine Art von Kapselbildung und kann dadurch diagnostische Zweifel erwecken. Die Schleimhaut bleibt meistens unversehrt und ulceriert nicht, was Verff. gegenüber dem Karzinom und Gumma besonders hervorheben. Pathologisch-anatomisch findet man sowohl rund- wie spindelzellige Formen, ohne daß die statistischen Daten ein Überwiegen der Bösartigkeit bei der ersteren ergeben. Die submaxillaren Lymphdrüsen werden nur in 6 Fällen als vergrößert erwähnt, darunter sind Geschwulstzellen 3mal nachgewiesen. Operiert wurden 25 Kranke; von ihnen wurden 11 geheilt und blieben gesund 13, 12, 9, 4, 4, 3½, 3, 2, 2, 1½, ½ Jahr. 13mal machten Rezidive eine zweite Operation erforderlich: 3 Heilungen über 2 Jahre, eine 11 Monate, 9 †. Ein Operierter starb an Pneumonie 8 Tage post oper. — Die Behandlung muß natürlich stets, auch bei scheinbarer Abkapselung der Geschwulst, in ausgiebiger Exstirpation im Gesunden bestehen.

Am Schlusse sind die Krankengeschichten angefügt.

Kleinschmidt (Kassel).

36) **J. J. Katz.** Zur Frage von der Phlegmone glosso-epiglottica.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 5 u. 6.)

K. beschreibt einen neuen Fall dieser seltenen Krankheit: Pat., 36 Jahre alt, klagt über Schmerzen beim Schlucken. Zunge nicht schmerzhaft, frei beweglich. Zungenmandel geschwollen, mit der rechten Rachenmandel zusammengeflossen, haselnußgroß; entsprechende Vallecula etwas verstrichen; Epiglottis intensiv rot, in querer Richtung scheinbar unter scharfem Winkel zusammengeklappt. Lig. pharyngo-epiglotticum rechts geschwollen, lateraler Teil spindelförmig verdickt, scheint unter der Zungenmandel zu liegen, verdeckt aber den Sinus pyriformis nicht. Linke Hälfte des Kehlkopfes und Rachens diffus rot. Es handelte sich also um das Anfangsstadium einer Valleculaphlegmone.

Schlußfolgerungen: Die Phlegmone glosso-epiglottica bildet einen anatomisch und klinisch genau bestimmten Prozeß, dessen Diagnose laryngoskopisch gestellt werden kann und muß. Ist wegen Dyspnoë die Tracheotomie indiziert, so muß laryngoskopiert werden, da im Falle einer Phlegmone glosso-epiglottica die Tracheotomie durch Inzidierung der Phlegmone vom Munde her ersetzt werden kann.

Gückel (Kondal, Saratow).

37) **O. Kutvirt.** Über Tonsillargeschwülste.

(Časopis lékařů českých 1902. Nr. 47—49.)

Von 14 klinisch beobachteten Fällen wurden 12 histologisch untersucht. Es entfielen auf Lymphosarkom 3, Sarkom 2, Angiosarkom 1, Adenokarzinom 1,

Cancroid 1, Karzinom 1, Fibrom 2, Angiom 1. Die makroskopische Diagnose ist stets sehr unsicher. Sämtliche Fälle sind ausführlich beschrieben, einige mit Abbildungen versehen. Das Adenokarzinom besteht seit 10 Jahren, und Pat. fühlt sich wohl, dagegen führte ein Sarkom in 10 Wochen zum Tode. Von den operativen Methoden verdient die digitale Evulsion den Vorzug.

G. Mühlstein (Prag).

38) **F. Perez.** Periamygdalite phlegmoneuse. Traitement par le serum de Marmorek.

(Revue de soc. med. Argentina 1902. Nr. 57.)

P. machte Untersuchungen über die Bakterienflora der Mundhöhle; es fiel ihm auf, daß in der Speichelflüssigkeit eines Rekonvaleszenten von einer phlegmonösen Angina auffallend viele Streptokokkenketten sichtbar waren. Er machte daher einen Versuch mit Serumbehandlung in einem analogen Falle. 20jähriges Mädchen, das schon ein Dutzend phlegmonöse Anginen überstanden hat, die durchschnittlich 10—15 Tage gedauert hatten. Auftreten einer gewöhnlichen Angina follic. Am 3. Krankheitstage Symptome einer sich bildenden tonsillaren Phlegmone; Dysphagie, Ohrenschmerz, nasale Stimme, Speichelfluß, Trismus, Unbeweglichkeit des Kopfes, Schmerzhaftigkeit bei der Tastung des Kieferwinkels, Temperatur 38,5. 24 Stunden später starkes Ödem der Uvula. Hierauf subkutane Injektion von 40 ccm Marmorek-Serum um 2 Uhr p. m.; 5 Stunden nach der Injektion begann eine auffallende subjektive Besserung aller schmerzhaften Symptome. Die Kranke konnte auch schon wieder gut schlucken. Die Temperatur verhielt sich folgendermaßen: 2 Uhr 38,2, 3 Uhr 37,8, 6 Uhr 38,0, 11 Uhr 38,0, 6 Uhr Morgens 36,6, 8 Uhr Morgens 37,0. Das Ödem der Uvula war bereits ganz geschwunden. Es wurden nun weitere 20 ccm Serum eingespritzt. Am folgenden Tage war Pat. vollkommen wieder hergestellt. **Stein** (Wiesbaden).

39) **Mygind-Holger.** Lupus vulgaris pharyngis. Eine klinische Untersuchung.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 372.)

Verf. hat in Finsen's medizinischem Lichtinstitut in Kopenhagen bei 200 Lupuskranken die oberen Luftwege untersucht und gibt in dieser Arbeit die Resultate, soweit sie Rachen und Gaumen betreffen. Er fand im Ganzen unter diesen 200 Pat. 36, also 18%, mit Lupus pharyngis, und zwar 13 Männer und 23 Frauen. Es werden dann sehr genaue Daten über Art der Erkrankung, Lokalisation etc. gegeben. **Manasse** (Straßburg i/E.).

40) **Hofmeister.** Nachtrag zu der in Nr. 6 erschienenen Mitteilung über Auswanderung verschluckter Fremdkörper aus der Speiseröhre etc.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins Bd. LXXIII. Nr. 7.)

Weiterer einschlägiger Fall: Dem 13jährigen Pat. war vor etwa 11 Wochen beim Gerstendreschen etwas in den Schlund geraten. Zunächst heftige Schmerzen, nach einigen Tagen Rückgang der Beschwerden, ca. 7 Wochen später Entwicklung eines kleinen Knötchens am Halse, das sich allmählich zu einem Abszeß rechts neben dem Schildknorpel von der Größe einer halben Nuß ausbildete, ähnlich einer erweichten tuberkulösen Lymphdrüse. Spaltung und Auslöffelung lieferte wenig rahmigen Eiter und ziemlich viel schlaffes Granulationsgewebe; eine Fortsetzung des Abszesses gegen die tiefer liegenden Halsorgane wurde nicht gefunden; im entfernten Granulationsgewebe Reste einer Gerstenähre.

Mohr (Bielefeld).

41) **P. Sebileau.** L'oesophagotomie externe appliquée chez l'enfant. L'extraction de monnaie.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXIX. Fasc. 1.)

S. beobachtete innerhalb weniger Monate fünf Kinder, bei denen ein verschlucktes Geldstück in der Speiseröhre saß; bei vier gelang die Extraktion,

während das fünfte der Behandlung entzogen wurde. Seine dabei gemachten Erfahrungen legt S. in der vorliegenden Arbeit ausführlich nieder; er bespricht die in Betracht kommenden Verhältnisse nach folgenden Gesichtspunkten.

1) Sitz des Geldstückes. Die kleinste französische Münze hat einen Durchmesser von 25 mm, einen Umfang, der mit der durchschnittlichen Weite des Ösophagus bei Kindern unter 8 Jahren genau identisch ist. Deshalb bleiben bei Kindern in diesem Alter die Münzen stets an der ersten engeren Stelle, am Anfang des Brustteiles stecken. Das war bei 11 von 12 Fällen, die Channac gesammelt hat, der Fall, ebenso bei vier von den fünf Pat. S.'s (5 Skiagramme). Nur bei einem Kinde saß die Münze tiefer, an der Stelle der zweiten Enge; die größere Weite des Ösophagus bei dem etwas älteren Kinde (9 Jahre) erklärt dieses Verhalten.

2) Bei den vier operierten Fällen lag die Münze stets in der Frontalebene, in einer Lage also, in die sie beim Schluckakte unbedingt kommen muß. Während bei dieser Situation des Fremdkörpers Vorder- und Rückwand des Ösophagus nicht leiden, sind die Seidenwände durch die Kanten einem erheblichen Drucke ausgesetzt. Infolgedessen kann es zu Usur der Seitenwand, Abszeßbildung und Durchbruch ins Mediastinum kommen. Nach S. ist dieser Verlauf jedoch nicht die Regel, vielmehr bilden sich, meist schon während die Wand usuriert wird, Verwachsungen mit der Umgebung, die für längere Zeit einen Schutzwall bieten. Bei Extraktionsversuchen mit dem Münzenfänger können diese zerrissen werden (Fall von Denis). Die reaktive Entzündung in der Umgebung der Münzen kann zu Rekurrenslähmung führen, wie zwei Fälle von S. beweisen.

3) Die durch den Fremdkörper bedingten Beschwerden sind meist gering, die Nahrungsaufnahme ist wenig gestört, anfangs vorhandene Schmerzen schwinden meist schnell. Sondenuntersuchung hält S., da die Skiagraphie stets sichere Resultate liefert, für überflüssig, unter Umständen ist sie gefährlich.

4) Blinde Extraktionsversuche mit Grätenfänger, Haken etc. sind nach S. verwerflich, über Extraktion mit Hilfe des Ösophagoskopes fehlen ihm Erfahrungen. Die Oesophagotomia ext. ist bei Kindern nicht schwierig. S. beschreibt die Methode sehr ausführlich. Von vier operierten Pat. trat bei zweien Heilung per primam ein, bei einem war geringe, bei einem starke Eiterung vorhanden. Die Ernährung erfolgte während der ersten 8 Tage durch Dauerschlundsonde.

Hinsberg (Breslau).

42) Causard et Delobel. Epithélioma intra-laryngien. Laryngectomie totale. Mort.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXVIII. Fasc. 10.)

Pat., dessen Krankengeschichte die Autoren wiedergeben, ging 4 Tage nach der Totalexstirpation des Kehlkopfes asphyktisch zugrunde, nachdem er zunächst die Operationsfolgen gut überstanden hatte. Bei der Besichtigung der Wunde post mortem fand man die Hinterwand der Trachea in der Höhe des 2. und 3. Ringes zerstört, durch eine Öffnung drang die Sonde ins Mediastinum. Ursache der Nekrosenbildung war nach Ansicht der Autoren Ernährungsstörung in der von der Umgebung isolierten Trachea und Druck der Kanüle.

Hinsberg (Breslau).

43) Mollica. Contributo clinico allo tracheotomie di urgenza per mignatta.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903. Nr. 23.)

Ein 13jähriger Knabe wurde mit den Erscheinungen hochgradiger Stenose der oberen Luftwege in das Ospedale civico in Palermo eingeliefert. Die Anamnese ergab nur den kurz vorher plötzlich erfolgten Eintritt der Stenoseerscheinungen. Eine subkutane Morphiuminjektion hatte eine wenige Minuten dauernde Euphorie zur Folge. Nachdem nunmehr ein mechanisches Hindernis wahrscheinlich geworden war, wurde die Tracheotomia inferior ausgeführt. Nach dem Einführen der Luer'schen Kanüle verschwindet die Dyspnoë, um nach 5 Minuten wieder-

zukehren. Nunmehr wird ein zweites Rohr in die Kanüle eingeführt, das einen elastischen Widerstand findet. Beim Herausziehen der Kanüle wird ein Blutegel entfernt. Pat. gab später an, daß er vorher aus dem Kanalabflußwasser getrunken hatte. **Dreyer** (Köln).

44) **Wettstein.** Weitere Mitteilungen über die Resultate der Diphtheriebehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Blattner hat in einer ausführlichen Arbeit über die Resultate der Diphtheriebehandlung an der Züricher chirurgischen Klinik vom Oktober 1894 bis August 1897 berichtet. W. setzt diesen Bericht fort für die Zeit vom 1. August 1897 bis 1. Januar 1902 in einer sehr sorgfältigen Arbeit, welche das große Material von allen Gesichtspunkten aus durchdringt und mit zahlreichen Tabellen alle in Betracht kommenden Fragen beantwortet. In diesem Zeitabschnitte wurden 549 Pat. an Diphtherie behandelt. Eingerechnet sind nur solche Fälle, in welchen bakteriologisch sicher Diphtherie nachgewiesen wurde. Alle ohne Ausnahme, auch solche, die in schlechtestem Zustande kamen, so daß der baldige Tod zweifellos war, wurden mit Serum behandelt. Injiziert wurden fast durchgehends 1000 Antitoxineinheiten, selten weniger oder mehr; meist wurde nur eine Injektion gemacht. Die günstige Einwirkung der Serumtherapie auf Allgemeinzustand und rasche Abstoßung der Membranen war die oft geschilderte. Nie kam es vor, daß ein Kranker, der beim Eintritt nur Rachendiphtherie zeigte, später an Kehlkopfdiphtherie erkrankte. Auch wenn schon bei der Aufnahme Kehlkopfdiphtherie bestand, wirkte das Serum günstig; in 30% dieser Fälle konnte die Operation umgangen werden. Die Folge davon ist, daß nur sehr schlechte Fälle zur Operation kamen. Das Décanulement konnte früher stattfinden als in der Zeit vor Anwendung des Serums. Stets wurde die Tracheotomia superior ausgeführt; nur 48mal wurde Intubation angewandt. Je früher ein Diphtheriepatient mit Serum behandelt wird, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß nicht operativ eingeschritten werden muß; die Prognose eines Operationsfalles ist um so besser, je kürzere Zeit die Erkrankung schon dauert. Nur 18,71% der Aufnahme brauchten operiert zu werden, nämlich 106; von diesen starben 44 = 41,51%. Da bekannt ist, daß die Antitoxine sehr schnell wieder ausgeschieden werden, so ist es nicht auffallend, daß auch bei der Serumtherapie Rezidive vorkommen. Es wurden drei beobachtet. Ebenso wenig schützt die Serumtherapie vor Wiedererkrankungen nach Jahren: davon wurden gleichfalls drei konstatiert.

Von Komplikationen kamen in 11% der Fälle Bronchopneumonien vor. Die Zahl der Albuminurien nach Diphtherie ist durch das Serum bedeutend herabgedrückt worden, besonders seitdem höher konzentriertes Serum genommen wurde. Die postdiphtherischen Lähmungen haben in der Serumperiode erheblich abgenommen. Die Zahl der Exantheme im Diphtherieverlauf hat zweifellos zugenommen; schuld daran sind aber nicht die im Serum enthaltenen Antitoxine, sondern das Serum als solches; bei Gaben hochwertigen Serums aber kamen sie weniger häufig vor.

Seruminjektionen mit der direkten Absicht der Immunisierung wurden nicht gemacht. Eine Immunisation ist aber doch zweifellos; denn von 238 Fällen, welche mit der Diagnose Diphtherie in das Diphtheriegebäude aufgenommen wurden und mit Serum behandelt waren, bevor die bakteriologische Untersuchung auf Diphtheriebazillen negativ ausgefallen war, erkrankte keiner an Diphtherie.

Die relative Mortalität an Diphtherie im ganzen Kanton Zürich ist während der 7 Jahre der Serumbehandlung in eklatantester Weise gesunken, von 17,1% der Vorserumzeit auf 8,9% in der Serumperiode, in der Züricher chirurgischen Klinik von 35,72% auf 13,18%. Interessant ist, daß die Mortalitätsziffer für die Diphtherie der Erwachsenen sich zum mindesten gleich geblieben ist; es rührt das daher, daß Erwachsene im allgemeinen noch an späteren Tagen in Behandlung kommen als Kinder.

W.'s Untersuchungen bieten einen glänzenden Beweis für die Wirksamkeit

der Serumbehandlung, so daß er zu dem Schlusse kommt: der Arzt, welcher klinisch die Diagnose Diphtherie stellt und nicht sofort eine Seruminjektion macht, begeht einen Kunstfehler. **Haeckel** (Stettin).

45) **Comey.** Chylous ascites. Report of a case due to total occlusion of the thoracic duct.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Januar 29.)

61jähriger Mann, der früher Pocken, später Nierensteinkolik gehabt hatte, sonst aber durchaus gesund gewesen war und zur Zeit der ersten Erkrankung auch einen sonst gesunden Eindruck machte bei sehr gutem körperlichen Allgemeinzustande, erkrankte im Laufe von 4 Monaten dreimal unter Erscheinungen einer Phlebitis und allgemeiner Infektion. Die Erkrankung begann mit Schwellung und Rötung des rechten Beines und erstreckte sich auf den Unterleib und Rücken auch linkerseits; das linke Bein blieb frei; im Verlaufe traten Anfälle von Atemnot unter ähnlichen Erscheinungen wie bei Lungenembolie ein. Die beiden ersten Male erholte Pat. sich bis auf bleibende Schwellung des linken Beines, erst beim dritten Anfalle stellten sich allgemeine Ödeme und Ascites ein, welch letzterer abgezapft wurde und sich als reiner Chylus erwies. Pat. starb unter Zeichen hochgradiger Atemnot und allgemeiner Erschöpfung. Die Sektion ergab gesunde Unterleibsorgane und Herz; die linke Lunge war zusammengefallen, wurde durch sehr feste Verwachsungen an der Spitze festgehalten; dort fanden sich alte verkalkte tuberkulöse Herde, die von festem Bindegewebe umgeben waren, welches die beiden Lungenlappen so fest zusammengezogen hatte, daß sie zusammen nur zweifaustgroß waren; sie wurden durch die Verwachsungen sehr fest gegen die hintere Brustwand angepreßt. Der Ductus thoracicus war stark verdickt, wie die histologische Untersuchung ergab, auf weite Strecken völlig bindegewebig entartet und verschlossen (chronische Lymphangitis). Die Mesenterial- und Bronchialdrüsen waren völlig in eine bräunliche, krümelige, strukturlose Masse umgewandelt. Als Ursache der Erkrankung wurde die alte Lungentuberkulose angesehen, von welcher aus die bindegewebige Entartung sich auf den Ductus thoracicus fortgesetzt hatte. — Es folgt allgemeine Behandlung des Gegenstandes mit tabellarischem Auszuge berichteter Fälle vom Jahre 1699 ab, im ganzen 47.

Trapp (Bückeburg).

46) **C. Firket.** Un cas d'hypertrophie atypique des seins.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belges 1902. Nr. 10.)

Die Hypertrophie begann sich bei dem $11^1/_2$ Jahre alten Mädchen ohne jegliche bekannte Veranlassung zu entwickeln, als sie noch nicht menstruiert war. Eltern gesund, Pat. vielleicht etwas zart gebaut, sonst in jeder Beziehung normal. Kein Fieber, keine Schilddrüsenabnormität, keine Anomalie am Uterus und den Bauchorganen. Das Wachstum der Brüste war ein sehr stürmisches: sie erreichten innerhalb eines Jahres 4 resp. 5 Pfund Gewicht, als man zur Exstirpation schritt. Je mehr sich die Brüste vergrößerten, um so mehr magerte Pat. ab und wurde anämisch. Vor der Operation hatte man therapeutisch Jod, Thyreoidintabletten, Massage, Kapseln von Apiol ohne jeglichen Vorteil angewendet. Nach der Operation trat sehr bald Heilung, bessere Ernährung und die Menstruation ein. Die Ursache des Leidens ist absolut dunkel.

F. betont, daß die mikroskopische Untersuchung atypisches Wachstum zeigte; wir haben es nicht mit reiner Hypertrophie zu tun. Es ist eine Unregelmäßigkeit in der Form der Drüsengänge, Unregelmäßigkeit in den Dimensionen, der Form und Gruppierung der Epithelialzellen und Unregelmäßigkeit in der Anlage des Bindegewebes gegeben, welche durch drei Tafeln bildlich erläutert werden. Zum Schlusse ist ein vollständiges Literaturverzeichnis aller bisher bekannt gewordenen einschlägigen Fälle angefügt. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 23. **Sonnabend, den 6. Juni.** **1903.**

Die Gastroenterostomie mit Gastrostomie nach Rutkowsky.

Von

A. Hammesfahr in Bonn.

Das Verfahren Rutkowsky's, mit der Gastroenterostomie eine Gastrostomie zu verbinden, scheint wenig nachgeprüft worden zu sein. Rutkowsky empfahl das Verfahren in diesem Zentralblatt 1899 Nr. 39 und bezeichnete als seine Vorzüge erstens seine Einfachheit, dann die Sicherheit, mit der der Circulus vitiosus vermieden wird, endlich vor allem die Möglichkeit, den Kranken gleich nach der Operation hinreichend zu ernähren. Ich konnte mich in einer Reihe von 12 Fällen teils gutartiger, teils maligner Pylorusstenose von

diesen Vorzügen der Methode überzeugen und glaube, daß sie allgemeine Anwendung verdient. Daß das Verfahren einfach ist, ist zweifellos. Rutkowsky beschreibt die Technik nicht genauer, und ich möchte deshalb mit einigen Worten sagen, wie ich die Operation auszuführen empfehle. Man macht die Gastroenterostomia antecolica, also die einfache Wölfler'sche Gastroenterostomie, und zwar nach Kocher's Vorschlag am unteren Rand des Magens, am Fundus minor. Der Rand des Magens wird hier in einer Ausdehnung von ungefähr 5—6 cm durch Abtrennung des Lig. gastro-colicum und unter doppelter Unterbindung der hier an den Magen herantretenden Gefäße freigemacht. Das ist besonders deshalb empfehlenswert, weil durch die Unterbindung der Gefäße jede Blutung bei der folgenden Eröffnung des Magens aus der Magenwunde vermieden wird. Die erste Naht wird entlang der freigemachten Randpartie des Magens angelegt und die Gastroenterostomie in der üblichen Weise vollendet. Dann wird ca. 4 cm oberhalb, etwas nach links herüber, eine kleine Inzision in die vordere Magenwand gemacht und nun ein mittelstarker Nélatonkatheter durch diese Inzision und durch die Magen-Darmfistel in den abführenden Darmschenkel geschoben. Nimmt man dabei den Katheter in die rechte Hand und die vereinigte Magen-Darmpartie in die linke, so ist man jedesmal überrascht, wie leicht der Katheter sich einschiebt und wie sicher er in den abführenden Schenkel mit der linken Hand, die ihn gut durch Magen- und Darmwand durchfühlt, zu dirigieren ist. Er wird um 10 cm in den Schenkel hineingeschoben nnd dann mit einem Schrägkanal dem Magen aufgeheftet. Das obere Ende des Schrägkanals wird mit einigen Nähten am parietalen Bauchfell im oberen Teil der Wunde befestigt. Die Operation wird durch das Einlegen des Katheters um nicht mehr als 10 Minuten verlängert. Wird nun der Kranke gleich nach der Operation durch den Schlauch ernährt, so gelangt die Nahrung natürlich direkt in den abführenden Darmschenkel, und auch die Magensekrete nehmen nach dem Gesetze der Adhäsion ihren Weg am Katheter entlang. Ein Circulus vitiosus kann also nicht zustande kommen. Der funktionsuntüchtige, meist schlaffe Magen wird vorderhand zur Ernährung gar nicht in Anspruch genommen, an die Festigkeit der Naht werden nur die geringsten Ansprüche gestellt. Die Asepsis wird durch das Einführen des Schlauches — im Gegensatz zu anderen ähnlichen Methoden — in keiner Weise gestört. Daß dem Kranken beliebig viel Nahrung zugeführt werden kann, ohne daß man Erbrechen, Neigung zum Erbrechen oder auch nur Unbehagen zu fürchten braucht, ist natürlich bei den heruntergekommenen Kranken auch von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Der Schlauch wird nach 14 Tagen bis 3 Wochen entfernt, die Magenfistel schließt sich dann sehr schnell.

Bei meinen 12 Fällen, die nach diesem Verfahren operiert wurden, handelte es sich 7mal um Narbenstenosen oder stenosierende chronische Ulcera des Pylorus, 5mal um Pyloruskarzinom. Sämt-

liche Fälle sind glatt geheilt, in keinem einzigen trat Erbrechen oder Neigung zum Erbrechen ein; die Kranken mit gutartiger Stenose erholten sich natürlich außerordentlich schnell. Beim ersten der 12 Fälle habe ich den Pylorus wegen eines fibrösen Karzinoms reseziert; die Pat. hat seitdem — in $^5/_4$ Jahren — 50 Pfund an Gewicht zugenommen und ist heute noch völlig beschwerdefrei.

Nachtrag bei der Korrektur: Inzwischen habe ich einen weiteren Fall von chronischem, stenosierendem Ulcus pylori operiert und dabei diesmal eine Gastroenterostomie mit Hochnähung des zuführenden Schenkels (nach Schede) gemacht. Das nach der Operation, allerdings nur zeitweise auftretende, dann aber sehr heftige und unangenehme Erbrechen veranlaßte mich, zu relaparotomieren und nachträglich die Gastrostomie mit Einschiebung des Schlauches in den abführenden Schenkel zu machen. Danach hat das Erbrechen völlig aufgehört.

---

1) **Pfannenstiel.** Verbesserung der Laparotomietechnik.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 7.)

Der gewöhnliche Längsschnitt hat den Nachteil der größeren Lebensgefährlichkeit und die Möglichkeit der Entstehung von Bauchbrüchen. P. durchtrennt quer die Haut, Unterhautfettgewebe und Fascien 4 cm oberhalb der Symphyse in einer Ausdehnung von 10—20 cm. Event. wird der Schnitt bogenförmig verlängert. Der Muskel wird nicht quer durchtrennt. Sodann wird die Fascie nach oben und nach unten von den Mm. recti abgelöst und nun ein Längsschnitt durch die Linea alba und das Bauchfell geführt. Somit wird ein freier Zugang zu den Organen der Beckenhöhle geschaffen, da sich die von der Fascie befreite Muskulatur durch Bauchdeckenhalter leicht zur Seite drängen läßt. Bauchfell und Mm. recti werden durch eine fortlaufende Katgutnaht längs, Haut und Fascie durch eine Achtertour mit Silkwormnähten quer vereinigt.

Es eignen sich für die Schnittführung fast alle gynäkologischen Operationen, nur nicht große Geschwülste des Uterus und der Ovarien, die abdominale Radikaloperation wegen Carcinoma uteri und der Kaiserschnitt.

Borchard (Posen).

---

2) **Connell.** Gastrointestinal perforation and their diagnosis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. April 4.)

Eine sehr ausführliche Abhandlung über den Gegenstand mit Berücksichtigung alles bisher Bekannten. Bisher kann eine Magen- oder Darmperforation nicht sicher diagnostiziert werden ohne Zuhilfenahme der Probelaparotomie oder des Abwartens, bis Peritonitis eingetreten ist; beides ist unbefriedigend und gefährlich für den Kranken. C. hat Versuche an Hunden angestellt, indem er von dem Gedanken ausging, daß in die Leibeshöhle eingetriebene sterile Luft oder Normalkochsalzlösung unschädlich ist, und beide können, wenn in gehöriger Menge angewandt, schon gleich nach der Darmeröffnung Stoffe aus

dem Darminhalt aufnehmen, welche sich chemisch nachweisen lassen. Durch Trokars wurde die Luft oder die Salzlösung in die Bauchhöhle gebracht, nach kürzerer oder längerer Zeit wieder entnommen und auf Schwefelwasserstoff, Ammoniak, Gallenbestandteile, Indol, Nitrate etc. untersucht. Verf. kam zu dem Ergebnis, daß der gesunde Peritonealraum keinerlei Stoffe derart in nachweisbarer Menge enthält, daß einfache eitrige Peritonitis, z. B. durch Verimpfung von Panaritieneiter, solche ebenfalls nicht erzeugt, daß aber bei Darmperforation gewöhnlich irgend einer dieser Stoffe entweder in der eingeführten Luft oder in der Kochsalzlösung nachgewiesen werden kann, und zwar schon bald nach Eintritt der Darmöffnung, ehe peritonitische Erscheinungen auftreten. Die nähere Versuchsanordnung kann hier nicht mitgeteilt werden. Da Luft- und Salzwasserfüllung der Leibeshöhle gut ertragen werden, fordert C. statt der Probelaparotomie den Versuch, auf seine Weise die Perforation festzustellen. Die Resultate scheinen aber, nach seinen Versuchen, hauptsächlich nur für den untersten Darmabschnitt einige Sicherheit zu gewähren, und kaum geeignet, die Probelaparotomie zu verdrängen.

Trapp (Bückeburg).

---

3) **E. Küster.** Die klinischen Zeichen der eitrigen und brandigen Formen der Epityphlitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 447.)

»Stellt man sich bei guter Beleuchtung an das Fußende des auf dem Rücken liegenden Kranken und fordert man ihn zu tiefem Einatmen auf, so bemerkt man, auch wenn die Schmerzhaftigkeit nur eine mangelhafte Befolgung dieser Anweisung zuläßt, einen deutlichen Unterschied zwischen beiden Bauchseiten. Während die linke Unterbauchgegend sich deutlich vorwölbt, bleibt die Inguinalgegend — soll vielleicht heißen »rechts«? (Ref.) — meist vollkommen in der Ebene, welche sie auch bei der Exspiration einnimmt. Seitdem ich auf dies Zeichen aufmerksam geworden bin, habe ich das selbe in Eiterungsfällen niemals vermißt; mehrfach habe ich nur auf dies Symptom hin eingeschnitten und den Abszeß mit großer Regelmäßigkeit gefunden.«

Mit diesen Worten beschreibt K. als neues wichtiges Zeichen für appendicitische Eiterung die »starre Feststellung der Bauchwand in der rechten Darmbeingrube«, auf welche bisher noch nie geachtet worden ist, die K. aber neben der von Curschmann beschriebenen, die eitrige Appendicitis begleitenden zunehmenden Leukocytose als wichtigstes neueres Symptom der Erkrankung ansieht. Dem Curschmann'schen Symptom ist sie aber wesentlich überlegen, da sie eine alsbaldige Diagnose gestattet, während die wiederholten Blutuntersuchungen auf Leukocytose mehr Zeit verlangen als die schwere, eine baldige Inzision erfordernde Affektion gewährt. Im übrigen spricht K. auch die sonst für die Diagnose bedeutsamen allgemeinen und örtlichen Zeichen kurz durch. (Gesichtsausdruck, Puls, Temperatur, Verdauungsstörung, örtlicher Schmerz, Entzüngsgeschwulst,

Bauchdeckenödem.) Die Eiterungsdiagnose wird stets mit fast voller Gewißheit zu stellen sein, und ist dies geschehen, so fordert K. ausnahmslos die sofortige Inzision.

Hinzuzufügen ist noch, daß K. die von ihm beschriebene respiratorische Bauchdeckenstarre im wesentlichen durch eine infolge der beginnenden Eiterung entstehende kleinzellige Infiltration im extraperitonealen Gewebe erklärt, welche die Elastizität der tiefen Bauchwandmuskeln aufhebt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

4) **Bäumler.** Die Behandlung der Perityphlitis.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 2 u. 3.)

An der Hand von pathologisch-anatomischen und klinischen Erörterungen kommt B. für die Therapie der Perityphlitis zu folgenden Hauptsätzen: die große Mehrzahl der Fälle heilt unter konservativer Behandlung. Nur bei Gangrän oder Perforation des Wurmfortsatzes mit alsbald auftretender allgemeiner Peritonitis ist sofort chirurgisch einzugreifen. Auch Abszesse können bei Perforation ins Coecum oder in den Darm, die Blase, die Scheide spontan heilen. Nachweisbare Abszesse sind zu eröffnen, wenn eine starke Vermehrung der Leukocyten (um das fünf- bis sechsfache) stattgefunden hat. Ob bei der Abszeßeröffnung der kranke Wurmfortsatz mit entfernt werden soll oder nicht, hängt von den Verhältnissen des Falles ab. Bei Rezidiven ist eine Entfernung des Wurmfortsatzes angezeigt, eine Operation, die, wenn auch bisweilen schwierig, von einem geübten Chirurgen ausgeführt. als gefahrlos bezeichnet werden kann. — Bei der konservativen Therapie findet Opium resp. Morphium-Atropin Anwendung, nicht Abführmittel. Darmlähmung oder Autointoxikation vom Darm aus bei Darreichung von Opiaten ist kaum zu fürchten. **Silberberg** (Breslau).

---

5) **E. Quénu** et **P. Duval.** L'ulcère simple du gros intestin.

(Revue de chir. Bd. XXII. Nr. 11 u. 12.)

Schon Cruveilhier hatte die Ansicht ausgesprochen, daß dem Magengeschwür analoge Erkrankungen sich in allen Teilen des Darmes, also auch im Dickdarm finden. Seither sind eine Reihe Beobachtungen dieser Affektion die Q. als Ulcus simplex bezeichnet, veröffentlicht worden, freilich ohne darum völlig die gleiche anatomische Veränderung zum Gegenstand zu haben.

Das Ulcus coli simplex, welches Q. auf die gleiche Stufe mit dem Ulcus ventriculi rotundum stellen möchte, ist ein ca. 6—7 mm, selten mehr, im Durchmesser haltendes Geschwür mit oft terassenförmiger Abstufung des Randes, je nach der Tiefe, mit welcher es gegen die Darmserosa vordringt. Die mikroskopische Betrachtung zeigt kleinzellige Infiltration der nächsten Umgebung und Thrombose kleinster bezw. kleiner Arterien im Grund und dessen Nachbarschaft. In dieser Endarteriitis findet Q. den Schlüssel zur Entstehung des Ulcus simplex und seiner entschiedenen Neigung, chronisch zu

werden. Es ist demnach ein hämorrhagisches, infiziertes Geschwür mit geringer Neigung zu heilen und ausgesprochener zu perforieren; ohne wesentliche Prädilektionsstellen entwickelt es sich ebensowohl an den normalerweise vorhandenen engen wie weiten Stellen des Dickdarmes. Ätiologisch kommen chronische Hartleibigkeit und Alkoholismus in Betracht.

Klinisch tritt das Geschwür anfangs wenig in Erscheinung. Paroxysmale Schmerzanfälle bei hartnäckiger Verstopfung bilden oft das einzige Zeichen, bis entweder entzündliche Schwellung oder Narbenretraktion und Ileus oder Verwachsung und Strangbildung mit nachträglicher Inkarzeration seine Existenz aufdecken. Vor allem jedoch sind Perforation und ihre Folgen, sowie wiederholte, oft sehr heftige Blutungen wichtige Komplikationen; letztere kommen besonders den im Mastdarm sitzenden Geschwüren zu.

Wenn das einfache Geschwür des Dickdarmes auch als gutartiges zu bezeichnen ist, kommt ihm doch wegen seiner Neigung zum Durchbruch eine hohe klinische Bedeutung zu. Man wird es selten mit Sicherheit diagostizieren können, da die einzigen Kennzeichen — Koliken und chronische Verstopfung — zu vieldeutig sind. Epitheliom, Verwachsungen (benachbarte Reizungen), Appendicitis (Paraappendicitis) kommen in Betracht, und manchmal wird man sich begnügen müssen mit der Feststellung eines lokalisierten Prozesses.

Natürlich müssen Mastdarm und Colon pelvinum besichtigt werden. Gegebenen Falls scheue man die Probelaparotomie nicht, die freilich, wenn am Peritonealüberzug des Colon nichts zu erkennen ist, ergebnislos bleiben kann.

Die Therapie bespricht Q. nur vom chirurgischen Gesichtspunkte aus; allgemeine Lehren sind erst noch zu schaffen. Er selbst hat ein stark blutendes Mastdarmgeschwür mittels Paquelin zur Heilung gebracht. Meist werden erst die Folgezustände des Geschwürs, Durchbruch, Verwachsungen etc., zu behandeln sein.

Die Arbeit Q.'s empfiehlt sich selbst; sie schließt mit der Wiedergabe der bisherigen und einer Reihe neuester Beobachtungen.

Christel (Metz).

---

6) **J. Blumberg** (Moskau). Über das Ballonsymptom bei Darmocclusion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 97.)

Das von Nothnagel erwähnte Ballonsymptom erscheint bei Auskultation mit gleichzeitiger Stäbchen-Plessimeterperkussion, wobei über strangulierten, meteoristisch geblähten Darmschlingen Metallklang hörbar wird. B. hat, wie er in seiner Arbeit kurz mitteilt, das Symptom in Leichenversuchen bei künstlich aufgeblähten Darmschlingen nachgeprüft und sich von seiner Zuverlässigkeit, insbesondere am S romanum und dem Blinddarm überzeugt. Ebenso bestätigt er die charakteristischen Auskultationsphänomene, die Henschen und Bendersky bei der von ihnen sog. »Transsonanz« und Runeberg

bei der von ihm angegebenen »Streichauskultation« angegeben haben. Bei ersterer findet eine leichte Fingerperkussion auf die Haut statt, bei gleichzeitiger Auskultation mit einem aus Trichter, Schlauch und Ohrolive bestehenden Stethoskop; bei letzterer werden mit dem Finger leichte streichende Bewegungen auf die Haut ausgeübt, welche auskultiert werden. Die »Transsonanz« ist im Bereich der meteoristischen Schlinge deutlich metallisch, die »Streichauskultation« ebenda als »Sausen und Brausen« hörbar, welches, wenn die Streichungen jenseits der meteoristischen Schlinge stattfinden, alsbald die starke Resonanz verliert und zu einem dumpfen und schwachen Geräusch wird. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

7) **H. L. Barnard** (London). Intestinal obstruction due to gall-stones.

(Annals of surgery 1902. August.)

B. hat 3 Pat. mit Gallensteinileus selbst operiert, von denen 2 starben. Außerdem berichtet er über 5 weitere Fälle, welche vor seiner Zeit im selben Hospital operiert wurden, von denen 3 tödlich endeten.

In allen diesen Fällen handelte es sich um ziemlich große Steine, deren kleinster 1 Zoll im Durchmesser maß. Verf. glaubt daher, daß alle Steine, welcher kleiner sind als 1 Zoll im Durchmesser, den Darm anstandslos passieren. Der Dünndarm wird weiter nach unten zu immer enger, so daß kleinere Steine erst weiter unten zum Verschluß führen. Je weiter nach oben zu also der Sitz des Darmverschlusses nach den Symptomen angenommen werden muß, desto größer ist voraussichtlich der den Verschluß bedingende Gallenstein.

Was die Häufigkeit des Vorkommens betrifft, so schätzt B., daß etwa auf 45 Fälle von Ileus ein Gallensteinileus kommt. Dabei ist das weibliche Geschlecht fünfmal so häufig befallen als das männliche.

Als besonders interessant ist hervorzuheben, daß unter den von B. berichteten 8 Fällen zweimal der Stein vor der Operation gefühlt werden konnte, nämlich einmal durch Scheide oder Mastdarm im Douglas, das andere Mal in der Ileocoecalgegend.

Was die Symptome anbetrifft, so bezeichnet B. als charakteristisch die folgenden:

1) Plötzlicher Beginn mit heftigen Schmerzen.

2) Dabei aber nicht immer sofortiger Darmverschluß; vielmehr erzielt man häufig zu Anfang noch mit Abführmitteln und Eingießungen geringe Entleerungen, und erst später bildet sich das typische Bild des Ileus aus.

3) Je höher oben der Verschluß sitzt, desto stürmischer die Erscheinungen. Dabei kommt es auch vor, daß anfangs die Erscheinungen stürmischer sind, dann nachlassen, wenn der Stein noch ein Stückchen weiter nach unten wandert, und schließlich wieder heftiger werden, wenn der Stein sich weiter unten definitiv festgesetzt hat.

4) Die Auftreibung des Bauches ist entsprechend dem meist ziemlich hohen Sitz des Verschlusses meistens nicht sehr stark, auch die Druckempfindlichkeit ist gering. **Seefisch** (Berlin).

---

8) **Caminiti.** Über das solitäre Adenom der Leber mit Cirrhose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Für das solitäre Adenom der Leber wird meist der kongenitale Ursprung angenommen. Eine Kombination von Adenom mit Cirrhose ist bisher erst in 2 Fällen beobachtet worden, zu denen Verf. zwei neue genauer im Detail geschilderte Fälle aus dem pathologischen Institut von Marchiafava in Rom hinzugefügt. Auf Grund der eingehenden Untersuchung der beiden durch Sektion erhaltenen Präparate ist C. der Ansicht, daß die Entstehung beider Geschwülste mit einer Wucherung des Leberepithels in Zusammenhang zu bringen ist, und daß in beiden Geschwülsten die morphologischen und in einem auch die funktionellen Eigenschaften des Leberepithels beibehalten sind. Beide Geschwülste waren von einer Kapsel umgeben, vom übrigen Lebergewebe getrennt und wiesen keinen bösartigen Charakter auf, sondern entsprachen durchaus dem Typus des Adenoms. Die umschriebene Form des Adenoms der Leber ist diejenige, welche dem Begriff einer Geschwulst am nächsten kommt. Die Zusammenfassung sämtlicher adenomatösen Formen der Leber in eine einzige Kategorie ist nach Ansicht des Autors von Nachteil für die klinische Diagnose. Eine noch strittige Frage ist die, ob die Cirrhose als Folgeerscheinung der adenomatösen Geschwulstknoten oder ob das Adenom als sekundäre Erscheinung der Cirrhose zu betrachten ist. Am annehmbarsten erscheint die Anschauung, daß das Zusammentreffen von Adenom und Cirrhose der Leber ganz unabhängig von einander, also ein Zufall ist. Das Studium der Geschwulst hat bisher erwiesen, daß in ihm nicht nur der Typus eines gewissen organischen Gewebes wiedergegeben wird, sondern daß sich in demselben auch die Funktion wiederholt, welche die der ursprünglichen Elemente ist; freilich kann sich diese Funktion nicht den Gesetzen der Pathologie entziehen, d. h. sie muß von der Funktion des Muttergewebes abweichen. Ciechanowsky hat die intracelluläre Sekretion im Adenom und Adenokarzinom der Leber einem eingehenden Studium unterworfen und kam zu dem Schluß, daß in den genannten Geschwülsten eine sehr lebhafte Gallensekretion vor sich geht, und Verf. kann ihm auf Grund seiner Beobachtungen darin nur zustimmen, daß es sich hier um funktionierende Geschwülste handelt. Die Behandlung des Adenoms kann selbstverständlich nur eine chirurgische sein, zu der man nur dann schreiten wird, wenn die Geschwulst auf der vorderen Fläche der Leber liegt, und besondere Rücksichten einen operativen Eingriff für notwendig erachten lassen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

9) **A. Gilbert** und **A. Lippmann.** Le microbisme biliaire normal.

(Société de biologie Bd. XXXI. Hft. 1.)

Verff. kommen nach ihren Versuchen an gesunden Tieren verschiedener Arten zu folgenden Schlüssen: Im normalen Zustande sind die Gallenwege fast auf der ganzen Strecke ihres extrahepatischen Verlaufes Sitz einer reichen anaëroben Mikrobenflora. An Stelle der alten Anschauung, daß physiologischerweise eine aërobe, auf den unteren Teil des Choledochus beschränkte Infektion der Galle vorhanden sei, setzen die Verff. folgendes Schema, welches die Gallenwege in 5 aufeinander folgende Abschnitte einteilt: 1) Klassische Zone einer aëro-anaëroben Infektion — Vater'sche Ampulle und unteres Drittel des Choledochus. 2) Übergangszone — mittleres Drittel des Choledochus. Die aëroben Keime (Kolibakterien, Darmkokken) verschwinden allmählich und machen den anaëroben Platz (hauptsächlich Funduliformis und Perfringens, in zweiter Linie: Ramosus, Fragilis und Radiformis). 3) Zone der reinen Anaërobiose — oberes Drittel des Choledochus und Gallenblase. 4) Zone der abnehmenden Anaërobiose — Beginn der Leber-Gallengänge. 5) Zone der absoluten Sterilität: Leber-Gallengänge, intrahepatische Gänge.

Mohr (Bielefeld).

---

10) **W. A. Worobjew.** Über Gallensteinsymptome bei Pankreaserkrankungen.

(Chirurgia 1903. Januar. p. 76. [Russisch.])

Auf Grund der Literatur zeigt W., daß die Pankreaserkrankungen oft Gallensteinsymptome hervorrufen bei gesunden Gallenwegen, ferner oft gleichzeitig mit Leberleiden vorkommen, und in solchen Fällen die Symptome verschiedenen Ursprungs sein können. Zum Schluß stellt er folgende Fragen auf: 1) Bildet das Auftreten von Pankreassymptomen bei Gallensteinkranken nicht eine Indikation zur sofortigen Operation? 2) Wenn der Chirurg bei Operationen an den Gallenwegen eine begrenzte höckerige Pankreasgeschwulst findet, muß er nicht an Cysten, Abszesse und Pankreassteine denken und sich mit bloß äußerlicher Untersuchung begnügen? 3) Können Operationen an den Gallenwegen, die das Pankreas mechanisch reizen, nicht Erkrankungen des letzteren erzeugen? (Stockton, Williams Pancreatitis haemorrhagica). 4) Da das Experiment die Regenerationsfähigkeit des Pankreas beweist, bildet da die Erschöpfung und langdauernde, der Therapie trotzende Glykosurie des Pat. eine Kontraindikation zu Eingriffen am Pankreas? 5) Soll man bei Verdacht auf Pankreaskrebs besonders bei jüngeren Pat. ohne Erkrankung der Gallenwege nicht doch die Laparotomie ausführen und das Pankreas untersuchen? (Möglichkeit einer chronischen Pankreatitis.)

Gückel (Kondal, Saratow).

Kleinere Mitteilungen.

11) **Pels-Leusden.** Über Ösophagotomie, zugleich ein Beitrag zur Behandlung der periösophagischen Phlegmone.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. p. 338.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Fremdkörper in der Speiseröhre, die in der König'schen Klinik durch Ösophagotomie entfernt wurden.

Fall I. 8jähriger Knabe hatte vor 72 Tagen eine scharfrandige Blechmarke verschluckt, welche durch Röntgenbild in der Höhe des 2. Brustwirbels festgestellt und extrahiert wurde. Nach 5 Wochen wurde Pat. vollkommen geheilt entlassen.

Fall II: 29jähriger Mann. Das verschluckte Knochenstück hat heftige Schmerzen in der Höhe des Kehlkopfes gemacht. Bei der Extraktion erweist es sich als unregelmäßig gestaltet, scharfrandig, fest eingekeilt, aashaft stinkend. $4^1/_2$ Wochen p. op. völlige Heilung.

Fall III: Die 65jährige Frau empfand durch das verschluckte Knochenstück heftige Schmerzen in der oberen Brustapertur und Atemnot, hatte einen üblen Geruch aus dem Munde und war sehr heruntergekommen. Bei Entfernung des sehr spitzen, scharfrandigen Knochenstückes fühlte der abtastende Finger jederseits in der Speiseröhre eine große Perforationsöffnung und gelangte in eine zu beiden Seiten und hinter der Speiseröhre gelegene, reichliche Mengen dünner jauchiger Flüssigkeit enthaltende Höhle, in eine intrathorakale, periösophageale, jauchige Phlegmonehöhle. Drainage. Hochlagerung des Fußendes des Bettes, um günstige Abflußverhältnisse zu schaffen. 4 Wochen nach der Operation konnte Pat. schon feste Speisen schlucken und 3 weitere Wochen später in gutem Ernährungszustande entlassen werden.

Dieser Fall ist der zweite durch Operation geheilte Fall jauchiger periösophagealer Phlegmone. **Langemak** (Rostock).

12) **Canella.** Herida por arma de fuego en el abdomen. Expulsion del proyectil por el ano a los tres anos de recibida la herida.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid Nr. 771.)

Ein Soldat erhielt einen Schuß im spanisch-amerikanischen Kriege am 10. Juli 1898. Die Eintrittsöffnung des Schusses befand sich in der Axillarlinie, entsprechend dem 5. Interkostalraume. Eine Austrittsöffnung war nicht vorhanden. Das Geschoß hatte zuerst einen mit Erde gefüllten Munitionskasten durchschlagen. Der Verwundete wurde nicht operiert und verließ das Lazarett nach 6 Wochen. Es bestanden damals bohrende Schmerzen links vom 10. und 11. Brustwirbel, die durch Fingerdruck gesteigert werden konnten und sich auch vermehrten, wenn Pat. den Rumpf nach vorn beugte. Das Röntgenbild zeigte das Geschoß an der entsprechenden Stelle. Da eine dringende Indikation nicht vorlag, und da insbesondere der Kranke seinen Beruf als Barbier gut versehen konnte, so wurde kein Eingriff vorgeschlagen. Neue Beschwerden traten nicht auf. Am 14. Oktober 1901 verspürte Pat. plötzlich große Schmerzen im After während der Defäkation, und nachdem er dieselbe mit großer Anstrengung beendet hatte, fand er im Kot das Geschoß. Die Beschwerden sind geschwunden. **Stein** (Wiesbaden).

13) **Lund, Nichols, Bottomley.** Six cases of rupture of the intestines with four recoveries.

(Med. and surg. reports of the Boston city hospital 1902.)

Von den sechs Fällen von Darmrupturen (mit vier Heilungen) ist einer bemerkenswert, weil die Art, wie er zustande kam, ein Unikum darstellen dürfte; es handelte sich um einen 40jährigen Mann, der, ruhig auf der Straße stehend,

von der Deichsel eines Wagens hinten in der linken 10. Rippe getroffen wurde und hier auch eine etwa markstückgroße Kontusion hatte. 18 Stunden nach dem Unfalle zeigten sich alle Symptome einer diffusen Peritonitis; die Laparotomie erwies eine Perforation, in die die Spitze des Zeigefingers hineingelegt werden konnte. Trotz vorübergehender Besserung erlag Pat. 72 Stunden nach der Operation.

Scheuer (Berlin).

14) D'Arcy Power. Some cases of gastric and intestinal perforation and the lessons they teach.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XXXVIII. p. 5.)

Verf. weist auf die oft vorhandene Schwierigkeit hin, Magen- und Darmperforationen rechtzeitig zu erkennen, da nicht selten die hierfür klassischen Zeichen der bretthaften Spannung und der Bewegungslosigkeit der Bauchdecken sowie die aufgehobene Leberdämpfung fehlen. Für ihn sind die wichtigsten Symptome die plötzlich aufgetretenen Leibschmerzen mit Empfindlichkeit der Bauchdecken bei Berührung, das Zunehmen des Pulsschlages von einer halben Stunde zur anderen, endlich besonders die auf einen bestimmten Punkt begrenzte Schmerzhaftigkeit des Bauches. So früh als möglich soll die Bauchhöhle eröffnet und nach Vernähen der Magen- und Duodenumöffnungen gerade bei diesen drainiert werden, da sich nach Magen- und Duodenumperforationen leicht subphrenische Eiterungen entwickeln. Anfangs werden die Perforationen leicht mit anderen Krankheiten, besonders mit Appendicitis, verwechselt, da der Inhalt des Magens und Dünndarmes nach der rechten Darmgrube fließt und hier zunächst eine Entzündung des Bauchfells hervorruft.

Die nach diesen allgemeinen Sätzen folgenden klinischen Fälle betreffen fünf Perforationen nach Magengeschwür, vier perforierte Duodenalgeschwüre, zwei perforierte Dickdarmgeschwüre, endlich eine Perforation am Wurmfortsatze. Die perforierten Magengeschwüre wurden operativ angegriffen bis auf einen Fall, der 32 Stunden nach dem Einsetzen der schweren Erscheinungen moribund ins Hospital eingeliefert wurde. Drei der Magengeschwüre wurden durch die Operation geheilt, eins führte 19 Tage nach der Operation zum Tode infolge subphrenischen Abszesses und Lungenentzündung. Viermal saßen die Magengeschwüre an der vorderen Wand, einmal an der hinteren Seite. Großer Wert wird auf die Nachbehandlung gelegt. Vor Ablauf von 24 Stunden wurde keine Nahrung durch den Mund verabfolgt, dann jede Stunde etwas heißes Wasser und nach Ablauf von 18 Stunden die erste flüssige Nahrung gegeben. Durch sehr bald nach der Operation eingeleitete Nährklystierbehandlung wurden die Körperkräfte aufrecht erhalten. Die in der Magenwand vorgefundenen Öffnungen wurden durch Lembert'sche Nähte, teils mit über die Nahtlinie genähtem Netz, geschlossen. Von den vier Duodenumperforationen konnte nur ein Fall durch die Operation gerettet werden, von den drei übrigen endigte einer infolge Durchschneidens der Nähte, der zweite infolge 8 Tage nach der Operation in die Bauchhöhle durchgebrochenen subphrenischen Abszesses, der dritte endlich 5 Stunden nach der Operation durch Chok tödlich. In den drei Fällen von Dickdarmperforation handelte es sich nicht um operativen Schluß einer Darmöffnung; die Fälle bieten auch sonst nichts Bemerkenswertes.

Herhold (Altona).

15) Rauenbusch. Beiträge zur Lokalisation und Verbreitungsweise der eitrigen Peritonitis.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Während die Kenntnis der Lokalisation der eitrigen Peritonitis im wesentlichen auf den von Chirurgen bei Operationen gemachten Beobachtungen beruht, haben die pathologischen Anatomen nicht viel zu dieser Frage beigesteuert. Es ist daher anerkennenswert, daß R. aus dem pathologischen Institute in Breslau eine große Reihe von Sektionsbefunden mitteilt und kritisch bespricht, die auch für die speziellen klinischen Interessen von Wert sind. R. gibt zunächst sechs

Fälle von Peritonitis, welche supraomental sich abspielte, einen, der rein infraomental lokalisiert war, sodann fünf, in denen die Peritonitis von oben nach unten, und endlich sechs, in denen sie von unten nach oben stieg. Besonders betont wird der vollkommen diaphragmaartige Abschluß, der durch Verlötung von Netz und Colon transversum zwischen oberem und unterem Teile der Bauchhöhle entstehen kann. Die Verbreitungs- und Ursprungsarten des subphrenischen Abszesses werden eingehend besprochen, überall analoge Beobachtungen aus der Literatur herangezogen. **Haeckel** (Stettin).

16) W. Dwight. General purulent peritonitis, with a report of 35 cases, of which 15 recovered.

(Med. and surg. reports of the Boston city hospital 1902.)

Aus dem großen Materiale des Bostoner städtischen Krankenhauses berichtet Verf. über 35 Fälle von allgemeiner Peritonitis mit der günstigen Heilungsziffer 15 = 42,8%; er wendet ein Verfahren an, das ungefähr dem Rehn'schen, das er übrigens nicht nennt, entspricht, nur ist es nicht so radikal. Verf. legt gerade darauf großes Gewicht; er macht einen sehr kleinen Bauchschnitt (von $1^1/_2$ bis $2^1/_2$ Zoll Länge) und führt durch denselben ein Glasdrain ein, das er nach allen Seiten herumführt, während er mit kolossalen Kochsalzwassermengen (20—25 Flaschen von 2 Quart Inhalt) durchspült; er verwendet nur leichte Äthernarkose, der er einen stimulierenden Einfluß beimißt; nach der Durchspülung werden vier Jodoformgazedrains gelegt; die Quelle der Infektion definitiv sofort zu beseitigen, hält Verf. nicht für unbedingt nötig.

Die Resultate des Verf. sind beachtenswert; eine Tabelle gibt kurz die Fälle wieder, welche Appendicitiden, geplatzte Salpingitiden etc. betreffen.

Scheuer (Berlin).

17) Porak et Durante. De quelques péritonites chez le nouveau-né.

(Soc. d'obstétrique, de gynécol. et de pédiatrie de Paris 1902. Dezember.)

1) Am 6. Tage nach der Geburt Entwicklung einiger Aknepusteln, am 12. Tage Durchfälle, Erbrechen, bis zum Tode am 15. Tage andauernd normale Temperaturen. Autopsie: Darmschlingen rot und injiziert, die Bauchhöhle ist von einer graugelben Masse von wachsartiger Konsistenz ausgefüllt, die fast ganz aus geronnenem (während des Lebens flüssigem) Fett besteht; außerdem Bakterium coli. Die Peritonitis wurde vielleicht durch Infektion des Nabels durch die Aknepusteln veranlaßt. Eine derartige fettige Ausscheidung des Bauchfells an Stelle der gewöhnlichen serös-fibrinösen ist bisher nicht beschrieben worden.

2) Am 5. Tage nach der Geburt Ikterus, Erbrechen; Tod am 10. Tage. Autopsiebefund: Colitis ulcerosa im Bereiche des Querkolons, Perforation eines der Geschwüre an der Hinterwand des Kolons, umschriebene Peritonitis in der Umgebung. Verff. halten die Erkrankung für vaskulären Ursprungs.

3) Septischer Allgemeinzustand, Nabeleiterung, Hypothermie, Tod am 21. Tage nach der Geburt. Autopsiebefund: Die Bauchwandgefäße am Urachus und ebenso in der rechten Fossa iliaca stark injiziert, Wurmfortsatz an der Spitze nekrotisch und perforiert, diffuse Peritonitis, am ausgesprochensten in der Umgebung des Coecums. Verff. nehmen an, daß, nachdem die Blutbahn vom Nabel aus infiziert war, die Appendicitis auf dem Blutwege zustande kam. **Mohr** (Bielefeld).

18) Malgaigne et Souligoux. Abcès gazeux sous-phréniques par perforation d'ulcère stomacale.

(Méd. moderne 1903. Nr. 6.)

Zwei Fälle von subphrenischen Gasphlegmonen, bei denen die Diagnose im ersten Falle durch die Autopsie, im zweiten durch die Operation ihre Bestätigung fand.

1) Die 43jährige Pat. war 3 Monate vorher mit Magenbeschwerden und Erbrechen, das schließlich unstillbar wurde, erkrankt. Nach einem heftigen Schmerz-

anfalle hörte dasselbe auf, es traten eitrige Stühle ein. Es wurde ein subphrenischer Abszeß über dem rechten Leberlappen angenommen. Bei einer hier wiederholt vorgenommenen Probepunktion wurde indes nur Luft entleert. Der Grund hierfür lag — wie die Autopsie ergab — darin, daß die Perforationsstelle des Geschwüres am tiefsten Punkte der Abszeßhöhle lag. So konnte der Eiter ständig abfließen und veranlaßte die Diarrhöen, während die Höhle selbst fast nur Luft enthielt.

2) Im zweiten Falle hatte Pat. 3 Jahre vorher Blutbrechen bekommen und war dann plötzlich unter peritonitischen Erscheinungen erkrankt. Bei der Aufnahme wurde ein Abszeß mehr in der Mittellinie über dem linken Leberlappen gefunden, der der Perforation durch die Haut nahe war. Durch eine Inzision wurde Gas und Eiter entleert, nebst einigen Rosinenkernen. Trotz genauen Suchens war die Perforationsstelle im Magen nicht zu finden. Als Grund der schnellen Vernarbung sieht Verf. die Tatsache an, daß der Magen durch das viele Erbrechen beim Eintritte der Perforation fast leer ist.

Coste (Straßburg i/E.).

19) **G. Montes and B. Blacke.** The normal appendix: its length, its mesentery and its position or direction as observed in 656 autopsies.

(Med. and surg. reports of the Boston city hospital 1902.)

Verff. haben das Sektionsmaterial des Bostoner städtischen Krankenhauses von 1896—1902 in einer Zahl von 1400 Fällen auf den normalen Wurmfortsatz hin untersucht und 656 Fälle verwenden können, bei denen dieser nicht in irgend einer Beziehung zur Todesursache stand; sie fanden eine mittlere Länge von 7,90 cm (längster 24 cm, kürzester 1 cm); beinahe die Hälfte hatte ein ebenso langes Mesenterium, die andere hatte ein ungefähr halb so langes; in vereinzelten Fällen fehlte es völlig. Bezüglich der Lage und Richtung des Wurmfortsatzes zeigte sich, daß in 424 von 572 verwendbaren Fällen der Verlauf nach unten und innen, gegen das Becken zu, gerichtet war (74%).

Verff. haben zum besseren Verständnis ein Schema mit Kreiseinteilung gegeben, in welches die einzelnen Verläufe nach ihrer Häufigkeit eingetragen sind.

Scheuer (Berlin).

20) **Corbellini.** El bacilo de Pfeiffer en la appendicitis.

(Revista de la sociedad medica argentina 1902. Nr. 57.)

C. glaubt, daß die oft fast epidemisch auftretende Appendicitis durch den Influenzabazillus veranlaßt wird. Der Beweis sei deshalb so schwer zu erbringen, weil im Augenblicke der Operation meist schon Abszeßbildung, Perforation und damit Vermischung mit anderen Eitererregern vorhanden sei und dies die bakteriologische Prüfung erschwere oder unmöglich mache. C. ist der Ansicht, daß die Infektion teils auf dem Blutwege, teils vom Darme her erfolgt. Er hatte Gelegenheit, einen Fall sehr genau zu untersuchen, bei dem auf der Höhe des Anfalles operiert wurde, ehe eine der erwähnten Komplikationen eingetreten war. Es wurde aus dem Inhalte des Wurmfortsatzes der Pfeiffer'sche Bazillus gezüchtet und seine sämtlichen differentialdiagnostisch wichtigen Eigenschaften geprüft. In sieben weiteren Fällen, bei denen schon Eiterbildung bestand, fand man dreimal den Kolibazillus, zweimal den Kolibazillus und Streptokokken, einmal Kolibazillus und Staphylokokken, einmal Staphylokokken und Streptokokken.

Stein (Wiesbaden).

21) **Moszkowicz.** Über Perityphlitis acuta.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

M. berichtet über Fälle von akuter Perityphlitis, welche in den letzten 10 Jahren im Rudolfinerhause zu Wien-Doebling behandelt worden sind.

Konservativ behandelt wurden 36 Fälle, von denen einer tödlich endete.

Bloße Inzision des Abszesses ohne Entfernung des Wurmfortsatzes wurde bei 20 Pat. ausgeführt. Es starben nur zwei von diesen; allein dieses günstige Ver-

hältnis wird getrübt, wenn man das weitere Schicksal der Geheilten verfolgt; denn von diesen mußten sechs später noch einmal operiert werden; bei dreien führte eine zurückgebliebene Fistel, bei den drei anderen ein neuerdings aufgetretener Abszeß zur Wiederholung der Operation. Es wurde daher im Laufe der wachsenden Erfahrungen immer mehr dahin gestrebt, sogleich bei der Eröffnung des Abszesses auch den Wurmfortsatz mitzuentfernen. Die Gefahr, dabei die gesunde Bauchhöhle zu eröffnen, ist nicht groß; denn die Frühoperationen lehren, daß der Prozeß im Anfange nicht umschrieben ist, sondern große Gebiete des Bauchfelles ergriffen hat und sich dann erst lokalisiert. M. stimmt in diesem Punkte ganz mit den Ansichten Burckhardt's und Riedel's überein. Es wird dadurch die Resistenzfähigkeit des Bauchfells gefestigt; wir haben es dann bei der Operation nicht mehr mit einem gesunden Bauchfell zu tun, sondern mit einem entzündeten, das in Abwehr begriffen ist. Von 31 so behandelten Fällen endeten vier tödlich. Für die Tamponade wird der Jodoformdocht besonders empfohlen. Bei der Nachbehandlung taten oft heiße, protrahierte Bäder gute Dienste, auch die Anlegung einer Fistel am Blinddarme war bei einem Kranken mit starkem Meteorismus von bestem Erfolge.

Bei diffuser Peritonitis wurde 21mal operiert; drei dieser Fälle heilten. Weder Spülungen noch die Drainage, welche infolge rasch eintretender Verklebungen doch bald nicht weit reicht, scheinen das Ausschlaggebende zu sein, sondern die einmalige gründliche Eröffnung aller Abszesse und die Entspannung des entzündeten Bauchfellsackes; hat man diesen in den abgesackten Räumen von den gestauten Toxinen befreit, so wird er mit dem Reste der Infektion selbst fertig.

Haeckel (Stettin).

22) **E. Camelot.** Coliques appendiculaires, résection de l'appendice.
(Journ. des sciences méd. de Lille 1902. Nr. 52.)

Verf. führt zum Beweise, daß es trotz der entgegengesetzten Meinung Dieulafoy's eine echte Wurmfortsatzkolik ohne Entzündung gibt, folgenden Fall an.

18jähriger Pat., welcher seit einem halben Jahre an täglich auftretenden Schmerzen kolikähnlichen Charakters in der Blinddarmgegend litt, besonders durch Umhergehen hervorgerufen. Durch die Untersuchung der im übrigen ganz normalen Blinddarmgegend wurde mehrfach ein Kolikanfall ausgelöst; gleichzeitig wurde der sich steifende Wurmfortsatz als harter Strang fühlbar und verschwand dann wieder nach einiger Zeit zugleich mit den Schmerzen. Die gleiche Erscheinung der Erektion des Fortsatzes konnte bei der Operation direkt beobachtet werden, hervorgerufen durch Manipulationen am Fortsatze. Resektion desselben; in ihm fanden sich fünf kleine Koprolithen und trübe Flüssigkeit, im übrigen war er ganz normal; es bestand also nach C.'s Ansicht keine Appendicitis, was auch durch die histologische Untersuchung des Präparates bestätigt wurde.

Mohr (Bielefeld).

23) **H. Beyea.** The elevation of the stomach in gastroptosis by surgical plication of the gastrohepatic and gastrophrenic ligaments.
(Univ. of Pennsylvania med. bull. Vol. XV. Nr. 12.)

Verf. verwirft diejenigen Operationsmethoden bei Gastroptosis, welche den Magen an der vorderen Bauchwand durch Verwachsungen zu fixieren suchen, da hierdurch die physiologische Beweglichkeit des Organes zerstört wird und durch die Verwachsungen starke Schmerzen hervorgerufen werden können. B. hat daher in vier Fällen in etwas anderer Weise wie Bier (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. LVI) die Erkrankung durch Verkürzung des Lig. gastrohepaticum und gastrophrenicum (Omentum minus) in folgender Weise beseitigt: drei Reihen von unterbrochenen Seidennähten, welche von oben nach unten verliefen, wurden von rechts nach links durch die Ligamente gelegt; während die erste Nahtreihe die Ligamente nur auf etwa 4 cm Breite faßte, reichten die Nähte der letzten Reihe un-

gefähr von den Magengefäßen bis zur Unterfläche der Leber und des Zwerchfells. Durch Knüpfen der Nähte wurde eine einzige quere, breite Falte in den Ligamenten gebildet und der Magen zur normalen Lage emporgehoben, ohne seine physiologische Beweglichkeit zu beeinträchtigen. Die Operation wurde durch Hochlagerung des Oberkörpers sehr erleichtert; die Pat. standen erst nach 4 Wochen auf. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten geht hervor, daß bei einer Beobachtungsdauer bis zu 3½ Jahren p. op. der Nachlaß der Beschwerden vollkommen war, daß sämtliche Kranke an Gewicht stark zunahmen und jede Art von Nahrung vertrugen. In keinem Falle änderte sich später die Lage des Magens; bei zwei nach 3½ bezw. 1½ Jahren Nachuntersuchten war die Lage normal. Zu bemerken ist übrigens, daß bei sämtlichen Pat. eine Erschlaffung der Bauchdecken oder Diastase der Rekti fehlte. **Mohr** (Bielefeld).

24) **Fick.** Über die chirurgische Therapie des Ulcus ventriculi.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1902. Nr. 42 u. 43.)

F. bespricht nicht die Eingriffe bei schweren Komplikationen des Geschwüres (gefahrdrohende Blutungen, eitrige Perigastritis, Perforation in die freie Bauchhöhle), sondern die durch Motilitätsstörungen infolge des Geschwüres gegebenen Indikationen: Narbenstenose des Pylorus, stenosierendes Geschwür, Perigastritis und Pylorospasmus. Das Vorkommen des letzteren ist lange angezweifelt worden; F. konnte ihn in einem Falle nach Eröffnung der Bauchhöhle in deutlichster Weise beobachten: die ganze Pars praepylorica, die in der Wunde vorlag, verharrte ca. 1—1½ Minuten in beständigen, so starken Kontraktionen, daß sich der Magen aus der Wunde vorbäumte. Der Pylorus war eine brettharte, rundliche Geschwulst; als die Kontraktion der Magengegend nachließ, schwand auch diese Geschwulst, und die Magenwand konnte F. soweit einstülpen, daß er mit dem Zeigefinger die volle Durchgängigkeit des Pylorus konstatieren konnte. Bezüglich der Therapie gibt F. der Gastroenterostomie vor der Pyloroplastik den Vorzug. Da man durch die Operation nur die Motilitätsstörung direkt beeinflussen kann, die Hyperacidität und das Geschwür selbst aber nur indirekt, so erklärt es sich, daß trotz tadelloser Funktion der Magenfistel der Heileffekt bisweilen ausbleibt; eine lange fortgesetzte diätetische Schonungstherapie wird auch in diesen Fällen die Prognose bessern. **Haeckel** (Stettin).

25) **Soupault.** Ulcères multiples du pylore et gastrosuccorrhée sans stase.

(Soc. méd. des hôpitaux 1903. Januar.)

Verf. teilt die Krankengeschichten von zwei Fällen von Magensaftfluß ohne Stase und Hyperchlorhydrie mit, welche allen internen Mitteln trotzten und schließlich durch eine von Hartmann ausgeführte Pylorektomie geheilt wurden. Im ersten Falle war der Pylorus vollkommen frei und beweglich und an seinem oberen Rande ein tiefgehendes Geschwür, welches von zahlreichen kleineren, zum Teil tiefen, zum Teil oberflächlichen, umgeben war; es war kein Narbengewebe vorhanden, der Pylorus vollkommen frei durchgängig. — Im zweiten Falle war die Pylorusgegend stark verdickt, ohne Verwachsungen und von einem großen, fast den ganzen Umfang einnehmenden Geschwür ergriffen; außerdem drei kleinere Geschwüre entlang der kleinen Kurvatur. Bei beiden Pat. schwanden sämtliche Beschwerden nach der Operation dauernd; die Magensaftuntersuchung ergab, daß die Hypersekretion aufgehört hatte und die Hyperchlorhydrie einer ausgesprochenen Hypochlorhydrie gewichen war.

Verf. hat im ganzen 12 Pat. mit Magensaftfluß ohne Stase operieren lassen. Bei allen waren Veränderungen am Pylorus vorhanden, alle sind geheilt, einige seit 4—5 Jahren. Was die Funktion betrifft, so sind die Resultate der Gastroenterostomie und der Pylorektomie anscheinend gleich; dagegen kehrt der Chemismus des Magens nach der Pylorusresektion gründlicher zur Norm zurück, wie u. a. die obigen Fälle beweisen. Diese gründlichere Wirkung der Pylorusentfer-

rung gegenüber der Gastroenterostomie spricht für die vom Verf. gegebene Erklärung, nach der der Magensaftfluß vasomotorischen Ursprunges ist, hervorgerufen durch einen von dem gereizten und entzündeten Geschwür ausgehenden Reflex.

Mohr (Bielefeld).

26) **W. Thorburn.** Cases of pyloric obstruction.

(Med. chronicle 1903. Januar.)

Im ersten der drei von T. operierten Fälle handelt es sich um eine bewegliche Hufeisenniere, welche jahrelang Magenbeschwerden, namentlich sehr häufiges Erbrechen verursacht hatte. Der Versuch der Nephrorrhaphie mißlingt wegen ungünstiger Wundverhältnisse, daher wird der freigelegte linke Nierenpol für einige Tage durch feste Tamponade fixiert. Glatter Verlauf, Erbrechen seitdem (fast 2 Jahre) nicht wieder aufgetreten.

Im zweiten Falle fand sich bei einer seit Jahresfrist an schweren Magenerscheinungen leidenden Frau eine faustgroße Geschwulst im rechten Hypochondrium, die als vergrößerte Gallenblase imponierte. Die Laparotomie ergab eine retroperitoneal zwischen Pylorus, Gallenblase und Colon transversum gelegene Echinokokkencyste. Ausschälung derselben. Heilung.

Der dritte Fall kam wegen 10 Jahre bestehender, sehr erheblicher Verdauungsstörungen zur Operation: der stark dilatierte Magen weist eine große alte Geschwürsnarbe auf; von der kleinen Kurvatur zieht eine Verwachsung in Gestalt eines kleinfingerdicken Stranges nach der vorderen Bauchwand der Regio iliaca dextra. Nach Entfernung derselben sieht man das Netz in großer Ausdehnung besetzt mit zahlreichen dünnwandigen, gashaltigen Cysten von Erbsen- bis Walnußgröße. Mühsame Exstirpation dieses Konglomerates in toto. Verlauf zunächst günstig. 4 Tage nach der Entlassung aus dem Spitale Hämatemesis, die am folgenden Tage zum Tode führt.

Die Untersuchung der Cysten konnte Geschwulst und parasitäre Bildungen ausschließen. Verf. denkt sich ihre Entstehung in der Weise, daß bei einer früher eingetretenen Perforation eines kleinen Magengeschwüres Luft in das Netz hineingetrieben und aus irgend einem Grunde nicht resorbiert sei.

Kleinschmidt (Kassel).

27) **Moser.** Über Myosarkom des Magens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 8 u. 9.)

Die Geschwulst war über mannskopfgroß, wog ca. 1500 g und imponierte am meisten als Nierengeschwulst. Sie wurde nach Durchtrennung zahlreicher Verwachsungen und Resektion eines 14 cm langen Stückes Pankreas und eines 11 : 8 cm großen Stückes der hinteren Magenwand von einem schrägen Lendenschnitte aus entfernt. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab Myosarkom. Im Anschluß hieran berichtet M. noch über einen von Helferich operierten Fall und einen bei der Sektion im Greifswalder pathologischen Institute gefundenen. M.'s Fall ist der erste durch Operation geheilte.

Borchard (Posen).

28) **V. Šimerka.** Sarcoma ventriculi.

(Časopis lékařů českých 1902. Nr. 51.)

19jähriger Jüngling; seit 3 Wochen Druck in der Magengegend, Erbrechen, zunehmende Schwäche; Pat. kann nur Flüssigkeiten genießen. Status: Eingesunkener Leib; unterhalb des linken Rippenbogens eine rundliche, walnußgroße Geschwulst zu tasten. Diagnose: Lymphosarkom des Magens. Autopsie: Lymphosarkom der Gekrösdrüsen mit Metastasen in zahlreichen Organen. Der Magen ist in ein diffuses Sarkom verwandelt mit Erhaltung seiner Konturen; sein Gewebe ist durch das Sarkom substituiert.

Die mikroskopische Untersuchung ergab die Diagnose: strukturloses Rundzellensarkom, ausgegangen von der Submukosa; von lymphatischen Elementen keine Spur.

G. Mühlstein (Prag).

29) **D. Schwarz.** Ein Fall von umfangreicher Magenresektion.

(Liečnički viestnik 1902. Nr. 11. [Kroatisch.])

Der Fall ist dadurch interessant, daß sich der riesige Magen vor der Operation auf keine Weise entleeren ließ. Es mußte daher der ballonartig gespannte und bis drei Querfinger unterhalb des Nabels reichende Magen bei der Operation durch einen Einschnitt eröffnet und über 3 Liter zähen, schwarzen Breies mit Speiseresten entleert werden. Resektion des Pylorus und ca. zwei Drittel des Magensackes nach Billroth's II. Typus. Glatte Heilung.

Die Unmöglichkeit der Magenauswaschung erklärt sich leicht durch den dicken, zähen Brei. Daß sich Pat. nach der Operation so schnell erholte, hat nach Verf.s Ansicht hauptsächlich darin seinen Grund, daß das riesige Depot zersetzter Speisen aus ihrem Körper (durch Gastrotomie) entfernt wurde und somit die Quelle der Toxämie. **v. Cačković** (Agram).

30) **v. Cačković.** Über Fisteln des Duodenum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Bei einer Pat., welche wegen Nierensarkom zur Operation kam, mußte der absteigende Teil des Duodenums unter Abbindung zahlreicher blutender Gefäße losgelöst werden. Die Folge war eine Circulationsstörung der Duodenalwand, welche unter der Einwirkung des Magensaftes geschwürig zerfiel, so daß es zuerst zu einer Blutung, dann zur Perforation kam, durch welche fast alle Körpernahrung auf die Körperoberfläche trat. Natürlich kam es bei so hoher Fistel zu schweren Inanitionserscheinungen, welche ihrerseits wieder zu einem zweiten Eingriffe drängten. Unter den in Betracht kommenden Operationen, Gastroenterostomie, Fistelverschluß und Jejunostomie, wurde die letztere gewählt und mit Schleich's Lokalanästhesie ausgeführt. Pat. überstand den Eingriff nicht lange.

Äußere Fisteln des Duodenums sind selten. C. konnte nur acht Fälle aus der Literatur sammeln, deren Krankengeschichten im Auszuge mitgeteilt sind. Die Veranlassung zur Bildung einer derartigen Fistel kann ein Trauma oder ein Geschwür abgeben. Zu den traumatischen Fisteln gehören auch die durch operative Eingriffe verursachten, welche sich namentlich bei Operationen an der rechten Niere, den Gallenwegen und am Duodenum selbst ereignen. Die häufigste Ursache der Duodenalfistel ist indessen das perforierende Duodenalgeschwür, und namentlich das an der hinteren Wand sitzende, das zur Eiterung in dem retroperitonealen Raum und Durchbruch nach außen führt, während die an der vorderen Wand des Zwölffingerdarmes gelegenen Geschwüre nur selten und nur bei vorheriger Verwachsung mit der Bauchwand zur Fistelbildung, meist dagegen zu tödlicher Peritonitis Veranlassung geben. Die Symptomatologie der Duodenalfisteln ist ganz unklar und bietet im ersten Augenblicke wenig charakteristische Erscheinungen. Man kann an eine solche denken, wenn sich bei offenem subphrenischem oder peritonitischem Abszesse oder nach einer Operation in der Nähe des Duodenums die Sekretion aus der Wunde rasch vermehrt, und bemerkt wird, daß der Ausfluß aus der Wunde von der Nahrungsaufnahme abhängig ist. Natürlich muß man alle Symptome in Betracht ziehen, die eine Magenfistel ausschließen lassen. Deutlich gallig gefärbter Ausfluß ist ein sicheres Zeichen, daß sich die Darmfistel im unteren Teile des Zwölffingerdarmes befindet, unterhalb der Papille. Indessen liegen die meisten zur Fistelbildung neigenden Geschwüre oberhalb der letzteren, nahe dem Pylorus.

Natürlich kann eine komplette Duodenalfistel, durch welche alle Nahrung austritt, nicht lange ertragen werden. Darum ist die Indicatio vitalis für den Eingriff gegeben, der bei kräftigeren Pat. in einer Gastroenterostomie mit Pylorusverschluß, bei stark heruntergekommenen in der Jejunostomie bestehen soll. Die Duodenorrhaphie wird wohl nur in seltenen Fällen zur Heilung geeignet sein; hauptsächlich wird man sie anwenden, wenn nach den beiden erstgenannten Eingriffen die Duodenalfistel nicht ausheilen will. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

31) **Schnizlein. Über einen Fall von kongenitaler Atresie des Duodenums mit totaler Durchtrennung des Darmkanales.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Das ausführlich beschriebene Präparat zeigt einen vollständigen Verschluß des Duodenums an der Stelle, wo es normalerweise durch den Gekröseschlitz hindurchzutreten pflegt, ferner 4 cm oberhalb im Duodenum eine komplette verschließende Scheidewand. Die Dünndarmschlingen verlaufen in immer dünner werdenden Spiralen um das 9 cm lange, als Strang herabhängende Mesenterium und hören schließlich als bandartiges, zartes Gebilde auf. Der Dickdarm entfaltet sich in gewöhnlicher Weise aus dem Ileum, um dann als kaum bleistiftdickes Rohr zum After zu verlaufen. **Blauel** (Tübingen).

32) **L. N. Warneck. Zur Kasuistik der Magen-Darmchirurgie.**

(Medicinskoje Obosrenje 1903. Nr. 2.)

Adenomatöser Polyp des Blinddarmes; Invagination des letzteren, des Colon ascendens und eines Teiles des Dünndarmes in das Colon transversum. Partielle Resektion des Ascendens, des Coecums und des Dünndarmes durch einen Schnitt im Querdarm. Die Pat. war 52 Jahre alt, litt schon in der Jugend an Unterleibsentzündung; besonders hartnäckig wurden die Verstopfungen seit $1^1/_2$ Jahren. Die Geschwulst war von der Größe des Kopfes eines Neugeborenen, der Polyp eigroß. Heilung. Die Diagnose wurde erst während der Operation gestellt.

Gückel (Kondal, Saratow).

33) **J. Niemack (Charles City, Iowa). Intestinal polyposis and carcinoma.**

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Vorliegende Arbeit liefert einen interessanten und wertvollen Beitrag zum Kapitel der Darmpolypen.

N. hat nacheinander ein junges Mädchen mit zahlreichen Polypen des Dickdarmes und des Ileums, deren Vater mit Mastdarmpolypen und -Karzinom und ihren Vetter mit Mastdarmpolypen behandelt und glaubt, eine Familienprädisposition, wenn nicht gar eine Infektiosität annehmen zu dürfen.

Die Einzelheiten über die drei Fälle sind kurz folgende:

1) Das 12jährige Mädchen hatte seit 3 Jahren an Tenesmen und schleimigblutigen Stühlen gelitten, war aber trotz zunehmender Abmagerung niemals per rectum untersucht. Als N. endlich die kleine Pat. zu Gesicht bekam, fand er ein hochgradig abgemagertes und anämisches Kind mit stark aufgetriebenem Bauche. Der in den Mastdarm eingeführte Finger fand diesen vollkommen ausgefüllt mit Schleimhautpolypen von Erbsen- bis Walnußgröße, zum Teil ganz dünn gestielt. In drei Sitzungen entfernte er mit der galvanischen Schlinge alle erreichbaren Polypen, doch starb Pat. 4 Wochen später an zunehmender Inanition. Die Obduktion zeigte, daß der ganze Dickdarm und der untere Teil des Ileums dicht mit Polypen besetzt war, die sich als reine Adenome erwiesen.

2) Einige Monate später fand sich der Vater dieser Pat. bei N. ein, ebenfalls mit Blutungen. N. konnte jedoch trotz genauester Untersuchung nur Hämorrhoiden finden, die er auch entfernte. Nach zweijährigem Wohlbefinden erschien nun der Mann abermals, diesmal aber mit einem Mastdarmkarzinom. N. machte die Exstirpation nach der Hueter'schen Methode und fand außer dem Karzinom mehrere gewöhnliche Polypen im Mastdarme. Er glaubt daraus schließen zu können, daß die ursprünglichen Polypen, welche sich beim Vater wie bei der Tochter gebildet hatten, beim ersteren zum Teil karzinomatös degeneriert seien, während sie bei der Tochter durch ihr massenhaftes Auftreten den Tod herbeigeführt haben.

3) Während der Bearbeitung dieser beiden Fälle erschien schließlich noch ein Neffe des Vorigen, ein junger Mann von 29 Jahren, welcher ebenfalls seit

2 Jahren an hin und wieder auftretenden Darmblutungen litt. N. fand bei ihm 5 Zoll oberhalb des Afters zwei gestielte Polypen.

Zweifellos ist N.'s Bericht ebenso merkwürdig wie interessant und wohl geeignet, die Aufmerksamkeit noch mehr als bisher auf die Ätiologie der Polyposis intestinalis und ihren eventuellen Zusammenhang mit dem Karzinom zu lenken.

Seefisch (Berlin).

34) **Calabi e Gajardoni.** Un caso raro di occlusione intestinale dovulo alla penetrazione d'intestino in vessica.

(Policlinico. Ser. chir. 1903. Nr. 1.)

Der eigentümliche Zustand, welchen die Sektion aufdeckte, war folgender: Am Zipfel der Blase, dem Urachus entsprechend, befand sich ein Loch, in welchem durchgetretene Darmschlingen sich eingeklemmt hatten. In der Umgebung des Loches fehlte die Muskularis. Erscheinungen von Darmverschluß waren subakut und mit Intermissionen unter Urindrang aufgetreten. Ein Jahr vorher hatte Pat. einen Stoß gegen den Unterleib erhalten. Mehrere Tage bestanden heftige Schmerzen. Unmittelbar nach dem Unfalle war viel Urin entleert worden. Verff. nehmen an, daß bei kongenitalem Muskularisdefekte das Trauma zuerst zu einer Hernie der Muskularis gekommen war; letztere hatte sich dann nach der Blase eingestülpt, und die in diesen Sack gelangten Schlingen wurden inkarzeriert. Die Muskularis riß erst einige Zeit vor dem Tode durch vermehrte Füllung dieses inneren Bruchsackes.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

35) **Schlesinger** (Wien). Zur Diagnose multipler Darmstenosen.

(Zentralblatt für innere Medizin 1903. Nr. 2.)

Multiple Darmstenosen beruhen fast stets auf tuberkulöser Basis, nur bei älteren Individuen kommen Geschwülste, bei Kindern Lues in Betracht. Es ist dem Verf. in einzelnen Fällen gelungen, vor der Operation resp. vor der Sektion die Diagnose zu stellen, und zwar durch die Beobachtung von Aufbäumen der Därme, sog. »Darmsteifung«, gleichzeitig an verschiedenen Stellen des Bauches; nebenher bestehen die übrigen Symptome der Darmverstopfung. Verf. bringt in seiner Mitteilung ausführlich die Krankengeschichte eines Pat., bei dem er multiple (tuberkulöse) Darmstenosen (Minimum drei Stenosen) diagnostizierte. Die Operation, die leider nicht glücklich verlief, bestätigte die Diagnose.

Schmieden (Bonn).

36) **v. Mikulicz.** Ausgedehnte Darmresektion bei Ileokoloinvagination.

(Allgem. med. Zentral-Zeitung 1902. Nr. 57.)

v. M. berichtet über einen hochinteressanten Fall, der gleich selten ist in klinischer Beziehung wie auch in operativer. Es handelte sich um eine große Ileokoloinvagination: Dünndarm, Klappe und Colon ascendens waren in das Colon descendens und Rektum invaginiert und ragten zum Teil aus der Afteröffnung in gangränösem Zustande hervor. v. M. ging auf das Colon descendens ein und eröffnete es nach Einnähung. Dann resezierte er das Intussusceptum und zog das periphere Stück aus der Bauchwunde heraus. Die ganze Operation verlief so abgeschlossen von der freien Bauchhöhle; schließlich vollendete der Schluß des Anus praeternaturalis die glänzend verlaufene Operation und führte zu vollständiger Heilung. Das resezierte Darmstück hatte eine Länge von einem Meter.

Schmieden (Bonn).

37) **Enderlen, Justi und Kutscher.** Ein Beitrag zur Darmausschaltung.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

Bei 10 Hunden wurde eine 20 cm lange Ileumschlinge nach Durchspülung total ausgeschaltet und an ihren beiden Enden verschlossen. Nur ein Hund überlebte den Eingriff und wurde nach 258 Tagen im besten Wohlsein getötet. Die

Schlinge war mit weißgrauer, gallertartiger Masse erfüllt; die Muskularis war stark hypertrophiert, die Schleimhaut zum größten Teile erhalten, zu einem kleinen Teile in eine Geschwürsfläche verwandelt, die aber deutliche Neigung zur Epithelisierung des Defektes zeigt. Der gallertige Inhalt bestand aus Leukocyten, die mehr oder weniger weit vorgeschrittenen Zerfall aufwiesen. Mikroorganismen fanden sich nicht darin. Die chemische Untersuchung des Inhaltes ergab, daß darin Diastase und Invertase, aber kein proteolytisches Enzym enthalten war. Der Darminhalt verdankte sein eigentümliches Aussehen einem in dem schwach alkalischen Darmsaft stark gequollenen Nuclein; dieses stammt aus den abgestoßenen Darmepithelien und den in den Darm gelangten und zerfallenen Wanderzellen. **Haeckel** (Stettin).

38) **Martin.** Again the rectal valve and obstipation.

(New York med. journ. 1902. März 8.)

In einer Polemik gegen Bodenhammer (New York med. journ. 1901, Dezember 28) verwahrt sich Verf. dagegen, daß er das Vorhandensein von öfters vorkommenden Klappen im Mastdarme leugnen wollte; vielmehr konstatiert er ausdrücklich, daß er unter seinen 172 Fällen von chronischer Verstopfung 22mal solche Klappen bei Erwachsenen gesehen habe; außerdem verweist er auf die hübsche Illustration eines Präparates, bei dem an der Leiche der Mastdarm mit Paraffin ausgegossen, erstarren gemacht und dann der Länge nach in zwei Teile zerlegt wurde. Es finden sich in den oberen Partien des Mastdarmes vier deutliche Klappen, die natürlich ein schweres Hindernis für den Kot abgeben und nach Ansicht des Verf. wegen der hieraus entstehenden Folgeerscheinungen auch den Tod des Individuums, der an allgemeiner Peritonitis erfolgte, verursacht haben sollen.

Interessant ist, daß Verf. in sechs Fällen, wo er diese Anomalie am Lebenden vorfand, operativ eingriff und jedesmal ausgezeichnete Erfolge erzielte, indem die ständige Verstopfung behoben wurde. Verf. durchtrennte zu diesem Zwecke die vorhandenen anormalen Klappen; es waren nicht jedesmal vier Klappen zu durchtrennen, sondern einige Male auch weniger. Wichtig ist, daß die Operation ohne jede Anästhesie völlig schmerzlos gemacht werden konnte. **Scheuer** (Berlin).

39) **F. Schaefer.** Die offenen Milzwunden und die transpleurale Laparotomie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Verf. berichtet aus der Straßburger Klinik über zwei Beobachtungen von offener Milzverletzung. Der erste Fall betraf einen 18jährigen jungen Mann, welcher einen Dolchstich in die linke Brustseite erhielt. Am Tage nach der Verletzung wird wegen unverkennbarer innerer Blutung zur Operation geschritten. Es zeigte sich, daß die in der Höhe des 4. Interkostalraumes in den Körper eingedrungene Waffe an der Außenfläche der 4.—7. Rippe unter der Haut hingeglitten und dann durch den 7. Interkostalraum in die Brusthöhle eingedrungen war. Darauf hatte sie das Zwerchfell nahe der Herzspitze durchsetzt und noch den oberen Rand der Milz erreicht.

Der Gang des operativen Eingriffes wurde durch die Verfolgung des Stichkanales bestimmt. Es wurde erst die 7. und 8. Rippe partiell reseziert, die 9., 10. und 11. Rippe durchtrennt, dann die Zwerchfellwunde erweitert und die Milzwunde vernäht. Es kam somit die transpleurale Laparotomie durch Brustwand und Zwerchfell zur Anwendung. Pat. genas.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 24jährigen Mann, welcher einen Revolverschuß in den Rücken über dem Winkel der 10. linken Rippe erhielt. Eine Ausschußöffnung fehlte, doch fand sich das Geschoß in der linken vorderen Axillarlinie über dem oberen Rande der 9. Rippe unter der Haut. Bei der Operation — Bildung eines thorakoplastischen Lappens durch Durchtrennung der 10., 11. und 12. Rippe in der vorderen Axillarlinie, transpleurale Spaltung der

Zwerchfellkuppe und Freilegung der Organe des linken Hypochondriums — zeigte sich, daß das Geschoß Pleura und Zwerchfell durchbohrt und in die Milz eine tiefe Rinne gerissen hatte. Auch dieser Pat. konnte geheilt entlassen werden.

Im Anschluß an diese beiden Fälle stellt Verf. aus der Literatur noch 71 Schuß- und 17 Stichwunden der Milz zusammen. An der Hand dieses Materiales werden dann Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie der offenen Milzverletzungen eingehend erörtert.

Aus der Zusammenfassung der Hauptergebnisse möchte ich folgendes besonders hervorheben:

Die offenen Milzwunden sind fast ausnahmslos mit Verletzungen anderer Organe kompliziert und gehören in der überwiegenden Mehrzahl zu den Brust-Bauchhöhlenverletzungen.

Die Diagnose der Milzwunden ist zumeist nur vermutungsweise zu stellen.

Die Prognose der nicht operierten Milzwunden ist äußerst trübe. Wenn daher auch nur der leiseste Verdacht einer Milzverletzung vorliegt, so ist so bald wie möglich zu operieren.

Liegt die äußere Wunde im Bereiche des Bauches, und kann man bei der Laparotomie die Milz- und Zwerchfellwunde schwer erreichen, so darf man sich, um gute Übersicht und breiten Zugang zu gewinnen, von der Resektion des Rippenbogens durch die Gefahr des Pneumothorax nicht zurückhalten lassen.

Liegt die äußere Wunde am Brustkorbe, so empfiehlt sich die transpleurale Laparotomie. Sie gewährt einen freien Überblick über die Organe des linken Hypochondriums von oben her und schützt vor dem verhängnisvollen Übersehen von Organverletzungen. Sie verschafft ein bequemes Operationsfeld und garantiert leichte und sichere Ausführung der Zwerchfellnaht.

Die bisher mit dieser Methode erzielten Resultate sind sehr günstig.

Blauel (Tübingen).

40) **P. J. Djakonow.** Zur Lehre von der Gallensteinkrankheit.

(Chirurgia 1903. [Russisch.])

Die Krankheit ist in Rußland selten: es sind bis jetzt nur 52 operierte Fälle (davon sieben gestorben) beschrieben. Bei den Sektionen in pathologischen Instituten fand man Gallensteine in 0,8—3,13% der Leichen; in mehreren größeren Krankenhäusern bilden die Gallensteinkranken nur 0,03—0,32% aller Kranken. — D. beschreibt einen neuen Fall (seinen sechsten) von Gallensteinoperation (Cholecystektomie, Heilung), zwei weitere Fälle, wo Appendicitis Gallensteinsymptome hervorrief; ferner bringt er die weitere Geschichte eines früher veröffentlichten Falles von Cholecystostomie: nach 10 Monaten war die Fistel noch offen und entleerte bis 700 ccm Galle täglich; $1^1/_2$ Monate später trat periodische Gallenstauung auf mit Temperatursteigerungen bis 40°, die in 2 Wochen zum Tode führte; Sektion: Ductus cysticus, hepaticus und choledochus erweitert (2,5 resp. 4 cm); in letzterem ein 3 : 2,5 cm großer Stein, der sich frei in den linken Ast des Ductus hepaticus bringen läßt. — Von den 52 russischen Fällen wurde in 26 die Cholecystostomie gemacht, in 13 die Cholecystektomie, in 10 die Cholecystotomie, in 3 die Choledochotomie, in 2 die Cholecystenterostomie. D. spricht sich für die Cholecystektomie aus und möchte jeden Fall von Gallenstein operiert wissen.

Gückel (Kondal, Saratow).

41) **v. Mieczkowski.** Kasuistisches und Experimentelles zur Cholangitis calculosa.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

v. M. bringt einige Beobachtungen, welche er in der v. Mikulicz'schen Klinik nach Gallensteinoperationen gemacht hat.

Bis zu welcher Größe sich die Gallensekretion steigern kann, zeigt ein Pat., bei welchem nach Cholecystektomie später eine Fistel entstand, aus der als Maximum innerhalb 24 Stunden einmal 2300 ccm Galle sezerniert wurden. Je mehr Galle abgesondert wurde, desto mehr sank die Harnmenge.

v. M. bestimmte ferner bei Operationen den im Gallensystem herrschenden Druck durch Einstoßen einer dicken Kanüle in die Gallenblase; die Kanüle stand mit einem Wassermanometer in Verbindung. v. M. fand, daß in Gallenblasen, welche mit dem Gallengangssystem kommunizierten, höchstens ein Druck von wenig über 100 mm Wasser herrschte; das stimmt mit den Angaben Heidenhain's, nach welchem der Sekretionsdruck der Galle bei Kaninchen nicht über 220 mm Wasser beträgt. Bei Empyem und Hydrops der Gallenblase fand sich Druck bis 710 mm Wasser; das hat aber natürlich keine Bedeutung für Beurteilung der Druckhöhe, welche im Gallengangsystem herrscht; was hier gemessen wurde, ist vielmehr der Sekretionsdruck der Gallenblasenschleimhaut.

Haeckel (Stettin).

42) **M. Guillot.** De l'intervention chirurgicale dans les cirrhoses biliaires et alcooliques.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 5.)

G. stellt die Resultate der chirurgischen Therapie denen der inneren Medizin bei den genannten Erkrankungen gegenüber. Das Normalverfahren gegen die Cirrhose biliaire, unsere — wohl meist infektiöse — Entzündung der Gallenwege, die Anlegung einer Gallenblasenfistel, hat von 13 nur aus der französischen Literatur bis 1900 zusammengestellten Fällen 10 Heilungen ergeben; die Talma'sche Operation unter 28 Fällen 11 Heilungen. Folgende interessante Beobachtung von Délagenière ist mitteilenswert. Bei einer Frau mit alkoholischer atrophischer Cirrhose war durch den enormen Ascites die Nabelnarbe gerissen. 4 Tage später wurde ihr das vorgefallene Netz reseziert und eine Phlegmone der vorderen Bauchwand inzidiert. Als sich nach einigen Tagen wieder ein kolossaler Ascites gebildet hatte, exzidierte Délagenière die Nabelnarbe, legte eine Gallenfistel an und schloß die Bauchwunde. Die Kranke genas.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

43) **Anderson.** Venous anastomosis for ascites from cirrhosis of the liver.

(Pacific med. journ. 1903. Nr. 1.)

44) **Power.** Medical aspect of venous anastomosis of the liver.

(Ibid.)

A. führte bei einer seit 3 Jahren an Lebercirrhose leidenden Frau zur Beseitigung des hochgradigen Ascites, nachdem bereits 72 Punktionen vorausgegangen waren, die Talma'sche Operation aus, indem er das große Netz an das Bauchfell der seitlichen Bauchwand nähte und durch Reiben mit Gazebäuschen der Leber- und Milzoberfläche einerseits und der gegenüberliegenden Peritonealflächen andererseits Verwachsungen einleitete. Während Pat. sich nach der Operation zunächst wohl fühlte, trat vom 18. Tage ab eine Verminderung des Harnstoffes im Urin und schließlich ein gänzliches Verschwinden des Harnstoffes ein, worauf die Kranke unter urämischen Konvulsionen zugrunde ging. Diesen unglücklichen Ausgang schreibt Verf. dem Fortschreiten der Lebercirrhose und hauptsächlich der Verringerung des Harnstoffes zu.

P. schildert, anknüpfend an den von A. operierten Fall, die Schädlichkeiten, welche dem Körper erwachsen, wenn das Blut der Pfortader von dem Wege durch die Leber abgeleitet und dadurch dieses Organ außer Funktion gesetzt wird. Nicht allein produziert die Leber Galle und Glykogen, nicht allein schützt sie den Körper durch Absorbieren verschiedener Gifte vor einer Autointoxikation, sondern sie erzeugt auch den Harnstoff. Gerade der von A. operierte Fall zeigt, daß mit dem Aufhören der Harnstoffproduktion der Tod eintritt. Wie eine totale Verstopfung der Pfortader, kann auch die Talma'sche Operation die Passage des Blutes von der Leber durch die Schaffung der kollateralen Blutbahnen ableiten. Von 40 durch Gioffredi ausgeführten Talma'schen Operationen hatten nur vier

einen Heilerfolg (10%). Verf. meint, die Operation könne in ausgewählten Fällen von Lebercirrhose nur dann nützen, wenn noch etwas Blut durch die Leber hindurchgeht und die Cirrhose noch nicht zu weit fortgeschritten ist. Außerdem würde es nach ihm von Nutzen sein, wenn ein Operationsverfahren erdacht würde, welches verhinderte, daß die Bildung der ableitenden Kollateralen nicht zu rapid vor sich ginge. Endlich soll nach der Operation für reichliche Urinabsonderung und Defäkation durch Milchdiät und Abführmittel gesorgt werden.

Herhold (Altona).

45) **C. Hofmann.** Über wahre Cysten der Leber mit besonderer Berücksichtigung der klinisch bedeutungsvollen Cystadenome.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

H. exstirpierte eine mannskopfgroße Cyste, welche von der Unterfläche des Lobus quadratus der Leber ausging. Sie ließ sich von der Leber größtenteils stumpf loslösen, der Rest der Verbindung mit der Leber ließ sich als Stiel behandeln und unterbinden. Tamponade der Wundfläche der Leber, im übrigen Schluß der Bauchhöhle. In den ersten 14 Tagen floß etwas Galle aus der Wunde, dann erfolgte Heilung ohne Fistel. Die Cyste war unilokulär, enthielt aber innen Leisten, welche ihre Entstehung durch Zusammenfließen ursprünglich mehrfacher Cysten andeuteten. Sie enthielt eine trübe, graugelbe Flüssigkeit und war mit kubischem Epithel größtenteils ausgekleidet. H. erklärt die Cyste als entstanden durch Gallengangswucherung und cystische Erweiterung der neu gewucherten Gänge; sie ist als Cystadenom, nicht als einfache Retentionsgeschwulst zu betrachten. 17 ähnliche operierte Fälle aus der Literatur werden angeführt, Symptome, Diagnose und operative Prognose der wahren Lebercysten daraus entwickelt.

Haeckel (Stettin).

46) **Monks.** A case of acute pancreatitis and necrosis of fat tissue.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Januar 22.)

40jährige Frau, war schon 5 und 3 Jahre vorher an Gallensteinkoliken mit Erbrechen krank gewesen, kam mit sehr starkem Erbrechen, aufgetriebenem Leib und stark kollabiert ins Boston city hospital. Sie war 60 Stunden vorher erkrankt, während schon 3 Wochen vorher Verstopfung und 24 Stunden vorher Erbrechen aufgetreten war. Das Allgemeinbefinden war schlecht, kalter Schweiß, kleiner, frequenter Puls; Lungen und Herz ohne bemerkenswerte Krankheitserscheinungen. Unterleib stark aufgetrieben, starke Muskelspannung, kein freier Erguß, dagegen beiderseits Dämpfung ohne Lagewechsel. Unter abwartender Behandlung Besserung des Allgemeinzustandes, Abnahme der Leibesauftreibung, so daß eine undeutlich begrenzte Geschwulst in der linken Lendengegend gefühlt werden konnte. Operation (24 Tage nach Aufnahme). 10 cm langer Schnitt in der linken Lendengegend (parallel der 12. Rippe) auf die Niere zu. Ehe diese zu Gesicht kommt, entleert sich eine größere Menge schwärzlich-grüner Flüssigkeit, die leicht zerreibliche Krümel enthält (nekrotisches Fett). Solches Material wird aus der Umgebung der linken Niere entfernt, so daß sie völlig frei liegt; die Fettkapsel fehlt vollständig. Die Niere selbst ist unregelmäßig in ihrer Konsistenz (Kapsel gerötet), zeigt sonst nichts Krankhaftes. Wegen Kollaps Ausstopfen der Wunde und Verband. In den nächsten Tagen Erholung und Besserung des Allgemeinbefindens und der Unterleibssymptome, aber noch fortwährendes Erbrechen; aus der Wunde entleeren sich fortwährend große Mengen von nekrotischem Fett. Einige Tage vor dem Tode wieder Auftreibung des Leibes. Bei der Sektion fand sich Nekrose des Körpers und größten Teiles des Kopfes des Pankreas, Nekrose der linken Nebenniere, nekrotische Massen in der ganzen linken Nierengegend, Fettnekrose des Bauchfelles. In dem noch ziemlich normalen Teile des Pankreaskopfes war schon Blutung im Bindegewebe zwischen den Drüsenläppchen vorhanden; keinerlei Mikroorganismen konnten nachgewiesen werden. — Bemerkenswert ist: 1) Vorhergegangene gallensteinkolikähnliche Anfälle, deren Zusammen-

hang mit Pankreatitis immer wahrscheinlicher wird. 2) Die Ausdehnung der Fettnekrose nach der linken Nierengegend. 3) Die Möglichkeit, daß die Zerstörung der Nebenniere wichtig für den tödlichen Ausgang war. 4) Das gänzlich negative Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung bei dieser schweren Erkrankung des Pankreas. **Trapp** (Bückeburg).

47) **J. Wieting.** Beitrag zu den angeborenen Geschwülsten der Kreuz-Steißbeingegend.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Verf. berichtet aus dem Hamburg-Eppendorfer Krankenhause über zwei Beobachtungen von angeborenen Geschwülsten der Kreuz-Steißbeingegend.

Im ersten Falle fand sich eine apfelgroße, fluktuierende Geschwulst in der Glutäalgegend, welche sich bei der Operation als eine fest mit der Umgebung verwachsene, 4 cm im Durchmesser haltende Cyste erwies. Dieselbe war ausgekleidet mit einer Neuroepithelschicht, welche einerseits typische Neuroglia, andererseits drüsenschlauchartige Fortsätze in der Wandung erzeugt hatte. Die Schläuche waren teilweise abgeschnürt und wucherten mit Neigung zu Cystenbildung weiter. Andere waren zu soliden Zellnestern ausgewachsen.

Im zweiten Falle saß eine doppelthühnereigroße Geschwulst unter der Haut der linken Gesäßbacke. Sie zeigte auf dem Durchschnitte einen lappigen Bau, vielfach fanden sich Spalten. Das Gerüst der Geschwulst wird gebildet von derben, straffen Bindegewebsfasern, die auch, ebenso wie die Kapsel, Züge von quergestreifter Muskulatur aufweisen. Das eigentliche Geschwulstgewebe ist neuroepithelialer Natur. Es bildet einmal als hohes Cylinderepithel den Besatz schlauch- oder spaltförmiger oder unregelmäßig gespaltener Hohlräume, andererseits produziert es typisches Neurogliagewebe in langen, streifenförmigen Herden. Eine Neigung zur Cystenbildung besteht nicht.

Die Entstehung dieser beiden, als Neuroepitheliome aufzufassenden Geschwülste führt Verf. auf die Anlage des Medullarrohres zurück. Bei dem Aufstiege des Rückenmarkes zurückbleibende Medullarreste, wie sie auch bei Spina bifida mitunter gefunden werden, würden dann den Ausgangspunkt bilden.

Auch für die weit komplizierteren Teratome mit organartigen Gebilden möchte Verf. eine einheitliche monogerminale Abkunft zugrunde legen und annehmen, daß hier Entwicklungsstörungen am distalen Umfange des Urmundes im weitesten Sinne die Veranlassung zu den Verbildungen gewesen sind.

Als Nachtrag beschreibt Verf. noch zwei weitere Geschwülste der Kreuzbeingegend, welche ebenfalls als wesentliche Grundlage das Neuroepithel haben und besonders ausgesprochene Neigung zu Cystenbildung zeigen. In beiden Fällen finden sich ferner Nervenfasern und in dem letzten eine hervorragende Beteiligung mesodermalen Gewebes in Form von Fettgewebe, Bindegewebe und glatter Muskulatur.

Die Genese dieser beiden Geschwülste, ebenso wie die der beiden ersten, ist in Entwicklungsstörungen am hinteren Rumpfende zu suchen und damit ihr monogerminaler Ursprung nachgewiesen. **Blauel** (Tübingen).

48) **Most.** Über Schmierseifenverätzung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 8.)

Nach Anwendung gewöhnlicher Schmierseife — dieselbe war in zwei größeren Stücken auf den Oberarm, der Kratzeffekt hatte, aufgebunden — trat nach einer viertel Stunde heftiges Brennen und Nekrose der Haut ein. M. konnte oberflächliche Epithelnekrose bei sich selbst nach Anwendung von Schmierseife erzielen, wenn er sich kleine Messerverletzungen beibrachte, während die Seife bei intakter Haut nicht einmal ein Erythem verursachte. **Borchard** (Posen).

Berichtigung. In Nr. 21 d. Bl. p. 572 p. 572 Z. 5 v. u. lies Bender statt Benda.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 24. Sonnabend, den 13. Juni. 1903.

1) H. Merkel. Die Beteiligung der Gefäßwand an der Organisation des Thrombus mit besonderer Berücksichtigung des Endothels.

Habilitationsschrift. Erlangen, **Fr. Junge,** 1903.

Verf. bespricht zunächst ausführlich die einschlägige Literatur unter besonderer Berücksichtigung der Ansichten v. Brunn's (cf. Referat d. Zentralblatt 1903 Nr. 16 p. 443) und von Baumgarten, dessen Resultate durch die Untersuchungen und Experimente des Verf. bestätigt werden. Die hiernach aufgeworfene Frage: »Können wir auch beim Gefäßendothel eine Fähigkeit zur Umwandlung in Bindegewebe erwarten oder nicht, und welchen Anteil nehmen denn bei produktiven Entzündungen der Gefäßwand die Blutgefäßendothelien?« beantwortet Verf. nach Mitteilung seiner zahlreichen Versuche (Einführen von Fremdkörpern: zu Schaum geschlagenes Eiweiß, Hollunderkügelchen) zum Schlusse dahin: »die Blutgefäßendothelien zeigen nach meinen experimentellen Untersuchungen bei der

Thrombenorganisation ein Verhalten, das uns zwingt, dieselben aus der Gruppe der gewöhnlichen Bindegewebszellen auszuscheiden und als spezifisch differenzierte Zellen zu betrachten, die hinsichtlich ihrer Funktion den Epithelien zweifellos näher stehen als den gewöhnlichen Bindegewebszellen. Es fehlt ihnen die Fähigkeit, Bindegewebe zu bilden.« Das Genauere über die Untersuchungen, deren mikroskopische Befunde durch gute Bilder illustriert sind, muß im Original nachgelesen werden. Den Schluß bildet eine sehr ausführliche Zusammenstellung der Litteratur. **Grosse** (Kassel).

---

2) **H. Schmitz.** Die Arteriennaht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 299.)

Die Arbeit soll nach S.'s eigenen Worten unter Berücksichtigung der in- und ausländischen Literatur eine zusammenfassende Studie über die Arteriennaht darstellen. Diese ihr gestellte Aufgabe löst dieselbe in sehr geschickter Weise, so daß man alles, was zu ihrem Thema gehört und hierüber bekannt und veröffentlicht ist, in ihr sehr hübsch zusammengestellt findet, sie mithin zur Kenntnisnahme über den derzeitigen Stand der Arteriennaht bestens zu empfehlen ist. Ein weiteres Eingehen auf ihren Inhalt, der selbst nur den Charakter eines Sammelreferates trägt, erscheint für unser Blatt entbehrlich. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

3) **König.** Zur Geschichte der Gelenkneurosen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 1.)

Die kurze Veröffentlichung, an der Spitze der Esmarch zu seinem 80. Geburtstage gewidmeten Festschrift stehend, begrüßt den Jubilar, erinnert ihn an die lange zwischen dem Verf. und ihm bestehende Freundschaft und kommt dann auf die nervösen Gelenkerkrankungen zu sprechen, als ein Kapitel, in welchem K. und Esmarch »sich oft, bald in Übereinstimmung, bald in Widerspruch trafen«. K. führt aus, daß jetzt, wo unter dem Schutze der Asepsis ein dunkle Beschwerden machendes Gelenk ungestraft zur Inspektion geöffnet werden darf, so mancher Fall, der früher in das Gebiet der seiner Zeit (1872) von Esmarch beschriebenen Gelenkneurosen hätte verwiesen werden müssen, in exakter Weise als durch anderweitige genau nachweisbare Ursache begründet erkannt wird. Hierfür werden kurz einige belegende Fälle aus K.'s Praxis erzählt. Es handelte sich bald um kleine freie Gelenkkörperchen (Osteochondritis dissecans) oder kleine Geschwülste, Zerreißungen an Menisken u. dgl. Wenn in solchen Fällen die operativen Maßnahmen am und im Gelenk ohne Infektionsfolgen bleiben sollen, so ist auf Operation ohne direkten Gebrauch der Finger Wert zu legen, während zur richtigen Diagnosenstellung das gerade hier sich auch bewährende Röntgenverfahren zu benutzen ist. »Gern geben wir manchen Fall, den wir

in jener Zeit gezwungen waren, dem dunklen Gebiet der Neurose zuzuweisen, auf und weisen ihn dem chirurgischen Messer zu.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **Snel.** Immunität und Narkose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. p. 212.)

Verf. hat durch experimentelle Untersuchungen geprüft, ob die Lunge in der Narkose ihre heilsamen bakteriellen Kräfte beibehält, oder ob sie sie verliert, und wie die Immunität bei refraktären Tieren beseitigt wird durch Alkohol, Äther oder Chloral.

Er brachte zu dem Zweck eine Kanüle zwischen den Stimmbändern in die Luftröhre und spritzte eine Milzbrandkultur in die Lunge hinein, so daß eine Wundinfektion ausgeschlossen war.

Für Äther und Chloroform ergab sich:

1) Eine kurze Narkose hebt die bakteriziden Kräfte der Lunge nicht ganz auf. Die Bakterien werden abgetötet, ohne Nachteil zu stiften.

2) Die Zeit, in welcher der Infektionsprozeß verläuft, ist kürzer, wenn die Narkose länger gedauert hat.

3) Die aufgehobene bakterienvernichtende Wirkung tritt beim Nachlassen der Inhalation bald wieder ein.

4) Die Bakterien werden nach ungefähr einer Stunde abgetötet oder wenigstens so viel umgeändert, daß ihre Virulenz beseitigt ist. Die Narkose hat in der zweiten Stunde nach der Infektion keinen Erfolg.

Mit Chloralhydrat injizierte, vorher infizierte Meerschweinchen erlagen, während mit Morph. hydrochl. injizierte am Leben blieben.

Bei direkter Beeinflussung der Bazillenkulturen durch Äther oder Chloroform ergab sich, daß die Bazillen eher abgeschwächt werden, als daß sie höhere Virulenz erlangen.

Der Tod der Tiere wurde also durch die Narkose verursacht, welche die Immunität aufhebt.

Für die nach Operationen auftretenden Pneumonien glaubt Verf. durch diese Versuche eine gute Erklärung gefunden zu haben und empfiehlt deshalb, eine sorgfältige Reinigung der Mund- und Rachenhöhle vor jeder Narkose von dem Pat. vornehmen zu lassen.

Langemak (Rostock).

---

5) **L. Michaelis.** Zur Chemie der Sauerstoff-Chloroformnarkose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 213.)

M. beschäftigt sich mit dem von Dr. Roth in Lübeck und der Firma Heinrich Dräger konstruierten und in den Handel gebrachten Apparat für die Sauerstoff-Chloroformnarkose und beschuldigt denselben, Zersetzungen in dem Chloroform zu veranlassen. Chloroform, das in dem Apparat von Sauerstoff durchflossen war,

zeigt nicht mehr die vorschriftsmäßige Reaktion der Pharmakopoe (Details s. Original), auch reproduziert M. vier Gutachten von angesehensten chemischen Fabriken, die einhellig sich dahin aussprechen, daß bei dem fraglichen Apparat Chloroformzersetzungen zu riskieren sind. (Vgl. auch die diesbezügliche Originalmitteilung von C. Lauenstein in Nr. 6 unseres Blattes; Ref.).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

6) **Meyer.** The improvement of general anaesthesia on the basis of Schleich's principles.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Februar 28.)

M. hat die Schleich'sche Mischung zur Narkose oft und mit bestem Erfolge benutzt und versuchte nach seinen Gesichtspunkten weiter zu arbeiten. Er untersuchte deshalb die Wirkung des Petroleumäthers allein und fand, daß er keine narkotisierende, dagegen eine krampferzeugende Wirkung hat, daß er daher im Gemisch nur eine Rolle zur »Verdünnung«, d. h. zur Herabsetzung des Siedepunktes des Gemisches spielt. Durch Untersuchung mit dem Chemiker Weidig in New York fand er außerdem, daß Chloroform und Ähter zusammen sich nach ihrem Molekulargewicht zu einem neuen chemischen Körper vereinigen, daß nicht etwa der leichter verdunstbare Äther zuerst und nachher das Chloroform verdunstet, sondern daß der neugebildete Körper als solcher verdampft; nur wenn Überschuß des einen Körpers vorhanden ist, verdunstet dieser für sich. Er setzte deshalb ein Gemisch beider nach dem Molekulargewicht (119,5 g Chloroform, 74 g Äther) zusammen und fügte an Stelle des Petroleumäthers Äthylchlorid zu zur Erniedrigung des Siedepunktes, der bei Zusatz von 18 Vol.-% auf 38° herabgesetzt wird. Diese Mischung nennt er »Anesthol«. Er selbst und andere Chirurgen haben es angewandt und sprechen sich günstig darüber aus. Es wird wie Chloroform nach Tropfmethode auf Chloroformmaske angewandt und ruft keinen Erregungszustand hervor. Nur bei großem Überschuß tritt flache, oberflächliche Atmung, bisweilen kurzer Stillstand ein, ohne irgend welche Schädigung des Herzens. Morphium kann vorher gegeben werden. Die üblen Folgen der Narkose sollen geringer sein als nach Anwendung von Chloroform oder Äther allein, namentlich Erbrechen soll selten und dann nicht so heftig auftreten. Bronchitis und Lungenaffektionen bilden keine Kontraindikation. Nephritis wurde bei einigen nach der Narkose für kurze Zeit etwas gesteigert. Zwei Todesfälle in Anestholbetäubung sind mitgeteilt; nach der Beschreibung scheint es zweifelhaft, ob sie der Wirkung des Mittels zuzuschreiben sind.

Trapp (Bückeburg).

---

7) **M. F. Koslenko.** Der gegenwärtige Stand der Frage von der Anwendung des Dampfes in der Gynäkologie und Chirurgie.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 3.)

K. empfiehlt die Dampfsäge Prof. Snegirew's. Mit derselben wurden ohne Blutung Stücke aus der Leber von Hunden exzidiert; in letzter Zeit gelang es Snegirew bei Pyelitis die Niere vollständig ohne Blutverlust zu spalten. **Gückel** (Kondal, Saratow).

8) **A. G. Ellis.** The pathology of the tissue changes induced by the X-rays: preliminary report.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Januar.)

Die Gewebsveränderungen durch Röntgenbestrahlung sind noch nicht genau bekannt; die sehr zahlreichen und voneinander abweichenden Berichte darüber gründen sich auf mikroskopische und klinische Untersuchungen oder sind reine Hypothesen. Ausführliche Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten Ergebnisse. Es folgen vier eigene Versuche mit Röntgenbestrahlung: eines Mammakarzinoms, eines Lymphangioms der Orbita und zweier Hautcancroide. Die histologischen Resultate waren: Nekrose verschiedenen Grades des Parenchyms und Stromas, Vermehrung des elastischen Gewebes, homogene Ablagerungen in den Blutgefäßen bis zur Obliteration, Ausbleiben kleinzelliger Infiltration, keine Ansammlung von Eiterkörperchen.

Sicher ist bis jetzt die Entstehung von Endarteriitis obliterans und von Nekrose; beides tritt jedoch vermutlich gleichzeitig, nicht eines als Folge des anderen auf. Eine bakterizide Wirkung der Röntgenstrahlen ist noch nicht erwiesen. Bei den Cancroiden war die nekrotisierende Wirkung geringer; E. führt das auf die zahlreichen Hornperlen zurück und empfiehlt, zuerst auszuschaben und dann zu bestrahlen.

Untersuchungen über Veränderungen der Nerven und des Blutes in den bestrahlten Bezirken sollen folgen. **Bender** (Leipzig).

9) **Kime.** Ligth in the treatment of lupus and other chronic skin affections.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. April 11.)

K. benutzt Sonnenlicht, das nach Durchgang durch alkoholische Kupfersulfatlösung mit plankonvexer Linse von 18 Zoll Brennweite konzentriert auf die zu behandelnde Stelle geleitet wird. Die lupösen Stellen werden vorher sorgfältig von Eiter, Krusten etc. befreit, so daß der reine Geschwürsgrund vorliegt. Zuerst wird der Brennpunkt, in welchem erhebliche Hitze herrscht, wie ein Glüheisen über den Geschwürsgrund geführt, bis derselbe völlig weiß geworden ist (Koagulation); dann werden noch 20 Minuten lang Zerstreuungskreise

auf die so behandelte Stelle gerichtet und dies letztere längere Zeit fortgesetzt. Die Hitzeanwendung wiederholt K. gewöhnlich noch einmal am dritten Tage. Zweimal täglich wird feuchter Verband mit abgekochtem Wasser angelegt. Das violette Licht, welches das Filter allein durchdringt, wirkt sowohl bakterientötend wie stark reizend auf die Gewebe, so daß sehr schnell gesunde Granulationen und junge Epidermis sich bilden. Mitteilung behandelter Fälle.

Trapp (Bückeburg).

---

10) **Martens.** Die chirurgische Behandlung der Harnröhrenstrikturen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. Nr. 4 u. 5.)

11) Derselbe. Die Verletzungen und Verengerungen der Harnröhre und ihre Behandlung.

(Bibliothek von Coler Bd. XII.)

Berlin, **August Hirschwald,** 1902. 138 S.

Diese beiden Beiträge zur Harnröhrenchirurgie haben vor vielen anderen sonst ähnlichen Arbeiten den nicht geringen Vorzug, daß sie sich auf ein großes, aber aus einer Klinik stammendes, nach einheitlichen Grundsätzen behandeltes Material, auf die zahlreichen von König in den letzten 26 Jahren (Göttingen 1875—1895, Berlin 1895—1900) beobachteten und behandelten Fälle stützen. Die erste, nur die Behandlung der Strikturen berücksichtigende Arbeit ist die Wiedergabe eines Vortrags, den der Verf. bei Gelegenheit eines Cyklus von »Vorträgen über Syphilis und Gonorrhoe« in der Berliner Charité hielt. Kurz und klar, unter Erklärung der verschiedenen Instrumente, wurden dabei die zahlreichen Behandlungsmethoden demonstriert, ihre Indikationen, ihre Vorteile und Nachteile und besonders ausführlich die von König auf Grund seiner großen Erfahrung bevorzugten Methoden besprochen. Die Darstellung enthält so viele praktisch wertvolle Winke und Ratschläge, daß sie jedem Arzt, auch dem geübteren zum eingehenden Studium empfohlen werden kann.

In noch höherem Maße gilt das von der zweiten, bei weitem umfangreicheren Arbeit, die König selbst mit einem Vorworte eingeleitet hat. M. bespricht hier im ersten Abschnitt die Verletzungen der Harnröhre nach Entstehung, Symptomen, Diagnose, Verlauf, Behandlung und Nachbehandlung; 25 Krankengeschichten teilt er ausführlich mit, die auch als Beispiele für die verschiedenen Verletzungsarten, wie Quetschungen, Zerreißungen, Fremdkörper, Schnitt-, Stich-, Hiebwunden u. a. m. gelten können. 18mal wurde dabei die Urethrotomia externa, dreimal Einführung des Katheters in der ersten Zeit nötig, zwei wurden exspektativ behandelt. Zwei von diesen Kranken, die mit schweren Beckenbrüchen eingeliefert wurden, konnten nicht gerettet werden. Ist bei der Einlieferung eines Kranken der Art die gefüllte Blase nicht mit dem Katheter oder

nach dem äußeren Harnröhrenschnitt zu entleeren, dann muß die Punktion der Blase vorgenommen werden. Die Durchgängigkeit der Harnröhre soll immer mit einem dicken Metallkatheter (Charrière Nr. 21), der am wenigstens geeignet ist, neue Verletzungen zu machen, festgestellt werden. In manchen, allerdings nicht sehr häufigen Fällen, ist und bleibt die verletzte Harnröhre durchgängig; dann werden die Kranken sorgfältig weiter beobachtet und nach einigen Wochen wieder katheterisiert resp. bougiert, um die Diagnose zu bestätigen; event. ist es nötig, zur Verhinderung späterer Strikturbildung eine Zeitlang mit Bougies weiter zu behandeln. Viel häufiger wird die Boutonnière nötig, für die König sehr einfache Regeln aufgestellt hat. Wenn irgend möglich, werden die Harnröhrenstümpfe, aber nur an der oberen Wand, zusammengenäht; ein Verweilkatheter wird nicht angewandt, der Urin läuft zuerst einfach aus der Dammwunde ab. Nach einigen Tagen entleert sich etwas und nach kurzer Zeit der ganze Urin wieder auf natürlichem Wege. Natürlich kann auch einmal die Sectio alta mit dem Katheterismus posterior in Frage kommen.

In dem zweiten, nur die Strikturen der Harnröhre behandelndem Abschnitt kommt der von König vertretene, streng chirurgische Standpunkt den urologischen Spezialärzten gegenüber, die »mit weniger Entschiedenheit chirurgisch blutige Eingriffe anwenden und empfehlen«, zur vollen Geltung. M. erklärt diese Unterschiede aus der Verschiedenheit des Materials, indem der Chirurg wohl häufiger die schweren, nur operativ zu behandelnden Fälle zu sehen bekommt. Ein schönes Beispiel für die Leistungsfähigkeit dieser energischen Behandlung ist es, daß gerade die Erfolge bei der radikalsten Methode, der Resektion und Naht, ganz hervorragende waren. — Die pathologische Anatomie der Strikturen, ihre Ätiologie, Symptome, Diagnose, Prognose und Behandlung werden sehr ausführlich besprochen; der oben erwähnte »Vortrag« kann als Auszug dieses Abschnittes gelten. Ihrer Wichtigkeit entsprechend, werden die Komplikationen und Folgezustände der Harnröhrenstrikturen von M. besonders eingehend betrachtet. Für die Behandlung gilt als Hauptregel die Vermeidung jeder Gewalt, die Verhütung der Infektion, die Sorge für baldigen freien Urinabfluß und langdauernde Nachbehandlung. Bei Kranken, die noch Urin lassen können, kann man einen nicht gelungenen Katheterismus ein paar Tage aufschieben und dann den Versuch wiederholen (Narkose!); besteht Urinverhaltung, dann versucht König bei impermeablen, d. h. für feinere Metallsonden (Charrière 13) nicht durchgängige Strikturen nicht erst die Urethrotomia interna oder die Elektrolyse, sondern macht sofort die U. externa event. mit Resektion der Striktur und nachfolgender Naht (15 Fälle, davon 13 dauernd geheilt).

Ein weiterer Vorzug dieser Arbeit liegt in den von M. mit größter Sorgfalt ausgeführten, unendlich mühsamen Nachforschungen nach den weiteren Schicksalen der von König — zum Teil vor

20, 25 Jahren — behandelten resp. operierten Pat. mit Verletzungen oder Strikturen der Harnröhre. Es waren 206; darunter 47 traumatische, 129 gonorrhoische, 11 ätiologisch unsichere Fälle, die nach Behandlung und späterem Befund, soweit Nachrichten zu bekommen waren, auch in einer übersichtlichen Tabelle zusammengestellt sind. Die Todesfälle sind, wie die Obduktionsprotokolle beweisen, immer die Folge der schon bei der Operation vorhandenen schweren Komplikationen gewesen; die Operationen an sich sind ungefährlich.

A. Köhler.

---

12) **C. Thorel.** Über die Aberration von Prostatadrüsen und ihre Beziehung zu den Fibroadenomen der Blase.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Verf. bespricht seine Beobachtungen über das Vorkommen versprengter Prostatakeime in der Blasenwand. Er sah dieselben als Zufälligkeitsbefunde 4mal in den Blasen 20—50jähriger Männer als kleine, runde, oberflächlich glatte, scharf begrenzte und ziemlich derb beschaffene Knoten, deren Volumen nur zwischen Linsen- und Erbsengröße variierte und die in rundlicher Erhebung aus der Submukosa in die Blasenlichtung vorsprangen. Die Prostatanatur dieser Geschwülstchen wurde sowohl durch den histologischen Bau, als auch besonders durch reichliche Einlagerungen von geschichteten Konkretionen in die Drüsenräume erwiesen, welche die Eigenschaften der Prostatakonkretionen zeigten.

Je nach der überwiegenden Zusammensetzung der Knoten aus Drüsenschläuchen oder dem Zurücktreten der Drüsenläppchen unter der massiven Entwicklung des bindegewebigen Stromas verdienen diese Geschwülste die Bezeichnung eines Adenofibroms oder eines Fibroadenoms der Blase.

Für die Auffassung gewisser adenomatöser Neubildungen der Blase als Abkömmlinge von versprengten Teilen der Prostata sind diese Befunde von Wichtigkeit.

Blauel (Tübingen).

---

13) **E. Edebohls.** Die Heilung der chronischen Nierenentzündung durch operative Behandlung. Autorisierte Übersetzung von Dr. O. Beuttner in Genf.

Genf, H. Kündig, 1903. 54 S.

Da die verschiedenen Arbeiten E.'s über die operative Behandlung der chronischen Nierenentzündung bereits in diesem Zentralblatte referiert worden sind, begnügen wir uns hier mit dem Hinweise der von O. Beuttner besorgten autorisierten Übersetzung der im Med. record 1901 Mai 4 erschienenen Hauptarbeit E.'s. In ihr hat er bekanntlich den Vorschlag gemacht, alle Fälle von chronischer Bright'scher Krankheit operativ zu behandeln, und zwar entweder durch Nephropexie mit ausgedehnter Freilegung der Nierenrinde

durch Abstreifen der Capsula propria oder besser noch durch totale Exzision der Nierenkapsel: Nephrokapsektomie. Ähnlich wie die Talma'sche Operation der Lebercirrhose, soll durch die E.'sche Operation eine arterielle Hyperämie der Nieren hervorgerufen und dadurch eine Absorption der interstitiellen und intertubulären Entzündungsprodukte und Exsudate erzielt werden. Die Zukunft wird zeigen, ob die Operation das hält, was sich E. von ihr verspricht. Die von ihm bisher mitgeteilten 16 Operationsfälle sind noch nicht recht überzeugend, auch noch nicht lange und sorgfältig genug nachbeobachtet. Besondere Zweifel muß man den angeblich »einseitigen« Nephritiden entgegenbringen. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

14) **Rovsing.** Wann und wie müssen die chronischen Nephritiden (Tuberkulose ausgenommen) operiert werden?

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

Nachdem R. dargelegt, wie unvollkommen beobachtet die bisher publizierten Fälle auf diesem Gebiete sind, geht er zur Schilderung seiner eigenen, sehr sorgfältig nach allen Richtungen untersuchten Fälle über; er teilt die chronischen Nephritiden, welche Gegenstand chirurgischer Eingriffe werden können, in zwei große Gruppen ein: aseptische Nephritiden, d. h. solche mit sterilem Urin, und infektiöse.

Von aseptischen Nephritiden hat er neun Fälle operiert. Die Affektionen, welche zur Operation führten, waren: diffuse, parenchymatöse Nephritis, doppelseitige, chronische Glomerulonephritis, diffuse, doppelseitige hämorrhagische Nephritis, Nephritis chronica e compressione durch Schnüren, und am häufigsten Nephritis interstitialis et Perinephritis fibrosa infolge von Harnsäure- und Oxalsäurediathese. Fast stets gaben starke Schmerzen Anlaß zur Operation, und in allen diesen Fällen zeigte sich die Membrana propria infolge von Druck oder Spannungen angegriffen. Hier erwies sich die Nephrolyse, die Loslösung einer ganz oder teilweise in perinephritischen Adhärenzen eingeklemmten Niere, als sehr wertvoll für Beseitigung des Schmerzes, während R. nicht den Beweis für erbracht hält, daß die Spaltung der Niere selbst eine chronische Nephritis heilen oder günstig beeinflussen kann.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei infektiösen chronischen Nephritiden. R. hat acht solcher Fälle operiert. Es handelte sich um chronische Infektion mit Staphylokokkus pyogenes aureus, albus, Streptokokkus pyogenes, Bakterium coli. Gerade diese Beobachtungen liefern eine wesentliche Bereicherung unserer Kenntnisse; denn bisher ist auf diese chronischen Infektionen sonst gar nicht untersucht worden. R.'s Fälle zeigen, daß es einseitige chronische Nephritiden von infektiöser Natur gibt; daß diese einseitige infektiöse Nephritis auf einen mehr oder weniger großen Teil der Niere lokalisiert sein kann; daß es doppelseitige, aber partielle infektiöse Nephritiden gibt, und daß diese Nephritiden, sowohl klinisch als pathologisch-

anatomisch große Ähnlichkeit mit den aseptischen, wohlbekannten Formen (große weiße Niere, Schrumpfniere etc.) haben können. Auch bei ihnen hat die Nephrolyse eine ausgezeichnete Wirkung, sie hebt die Schmerzen vollständig und gibt der Niere günstige Bedingungen für die Reparation der Entzündungsprozesse. Die Nierenspaltung ist unzweifelhaft indiziert, wenn abszedierte oder entzündete Partien geöffnet und drainiert werden sollen. Bei Blutungen ist die Wirkung der Nierenspaltung fraglich, bald günstig, bald ungünstig. Die Resektion der kranken Partie bei lokalen Nephritiden kann Heilung herbeiführen und den Infektionsstoff ganz von der Niere entfernen. Die Nephrektomie wirkt lebensrettend bei einseitiger totaler Nephritis, wenn durch unaufhaltsame Hämaturie, Infektionsfieber und Vergiftung das Leben in äußerster Gefahr schwebt.

Haeckel (Stettin).

---

15) **J. Albarran** et **L. Imbert.** Les tumeurs du rein.

Paris, **Masson & Co.,** 1903. 767 S. Mit 106 Abbild.

Das vorzüglich ausgestattete und mit sehr guten Abbildungen versehene Werk zerfällt in 5 Hauptabschnitte: Geschwülste des Nierenparenchyms bei Erwachsenen; Nierengeschwülste bei Kindern; primäre Neubildungen des Nierenbeckens und Harnleiters; Cysten der Niere (ausschließlich der Echinokokken- und Dermoidcysten); paranephritische Geschwulst.

Die Verff. haben in ihrem, Guyon gewidmeten Buche ein reiches kasuistisches Material verarbeitet, das zum Teil bisher noch nicht veröffentlicht worden war.

1) Die Geschwülste des Nierenparenchyms bei Erwachsenen. Pathologisch-anatomisch unterscheiden die Verff.: a. Adenome tubulären, papillären und alveolären Charakters; b. Adenokarzinome; c. Epitheliome; d. Lipome und Pseudolipome —, Hypernephrome —; e. Sarkome; f. Fibrome und subkapsulärer Fibrosarkome; g. gemischte Geschwülste. Unter 380 von den Verff. zusammengestellten Fällen waren 188 Epitheliome, 85 Hypernephrome, 82 Sarkome, 10 Adenome etc. In besonders eingehender Weise haben die Verff. die pathologische Anatomie und Histologie, sowie die Pathogenese der verschiedenartigen Nierenneubildungen abgehandelt; zahlreiche gute Abbildungen erleichtern das Verständnis. Symptomatologisch unterscheiden die Verff. physikalische Symptome: Hämaturie, Geschwulst; funktionelle Symptome: Schmerzen, Urinveränderungen, Störungen der Miktion, Kompressionserscheinungen; accessorische Symptome; Allgemeinerscheinungen. Die Hämaturie ist das häufigste Symptom der bösartigen Nierengeschwülste bei Erwachsenen; in 54% der Fälle war es auch das Anfangssymptom. Die verschiedenen physikalischen Untersuchungsmethoden werden in ausführlicher Weise besprochen, ebenso in dem Abschnitte über die Diagnose, den wir ganz besonders zu einer eingehenden Lektüre empfehlen möchten, die verschiedenen funktionellen Untersuchungsmethoden. Aus dem

Abschnitte über die operative Behandlung sei folgendes hervorgehoben. Da Rezidive auch noch 4 Jahre nach der Operation beobachtet worden sind, kann man nur die Operierten als radikal geheilt betrachten, bei denen wenigstens 4 Jahre nach der Operation rezidivfrei verflossen sind; solche »radikal Geheilte« zählen die Verff. 26. Bei nicht zu ausgedehnten Nierengeschwülsten und in Fällen, in denen die Art der Nierenerkrankung diagnostisch nicht vollkommen sicher ist, bevorzugen sie die lumbale Nephrektomie, wenn schon sie aus ihren statistischen Berechnungen der letzten Jahre gefunden haben wollen, daß die transperitoneale bei den bösartigen Nierengeschwülsten nicht gefährlicher ist als die extraperitoneale. Die Verff. unterscheiden zwischen einer kurativen oder radikalen und einer palliativen Nephrektomie; die letztere ist indiziert bei unerträglichen Schmerzen und überreichen anhaltenden Blutungen.

2) Nierengeschwülste bei Kindern. Pathologisch-anatomisch handelt es sich hier hauptsächlich um gemischte Geschwülste, in denen das embryonäre Bindegewebe überwiegt. Bezüglich der Pathogenese schließen sich die Verff. der Ansicht von Grawitz und Busse an, daß die gemischten Geschwülste ihren Ursprung von normalen Elementen des Organs nehmen. Das erste nachweisbare Symptom ist bei Kindern fast ausnahmslos die Geschwulstbildung; Hämaturie ist bei Kindern selten, die Verff. fanden sie nur in 16% ihrer Fälle. Die Verff. haben 155 Nephrektomien zusammengestellt, von denen 123 seit 1890 vorgenommen worden sind. Die operative Mortalität beträgt bei Kindern noch immer 25—30%. Radikale Heilungen — 3—11 Jahre nach der Operation beobachtet — finden sich 7. Weder das jugendliche Alter, noch die Ausdehnung der Geschwulst an und für sich bilden eine Kontraindikation für die Nephrektomie, die hier wohl meist sicherer auf transperitonealem Wege vorgenommen wird.

3) Die primären Neubildungen des Nierenbeckens und des Harnleiters. Die Verff. haben im ganzen 65 Fälle dieser seltenen Neubildungen zusammenstellen können. Pathologisch-anatomisch unterscheidet man epitheliale Geschwülste — Papillome, papilläre und nicht papilläre Epitheliome —, die sehr seltenen vom Mesoderm ausgehenden Geschwülste: Endotheliome, Sarkome, Myxome, Rhabdomyxome. Unter den Symptomen ist sehr häufig das erste die Hämaturie. Für die Diagnose sind folgende Punkte wichtig: 1) Wenn man neben den Symptomen einer Nierengeschwulst den Nachweis einer Hydro- oder Hämatonephrose führen kann, und wenn man Geschwulstzellen im Urin findet. 2) Der Nachweis einer Hämatonephrose, auch wenn andere Symptome nicht vorhanden sind. 3) Wenn man in dem mittels Harnleiterkatheter gewonnenen Nierenbecken-Urin Geschwulstzellen findet. 4) Wenn man mittels Cystoskops in der Blase papilläre Wucherungen findet oder eine von der Harnleitermündung ausgehende polypöse Geschwulst. Therapeutisch ist bei allen papillären Geschwülsten, auch wenn sie noch so gut-

artig erscheinen, die totale Nephrektomie und eventuell auch die totale Ureterektomie vorzunehmen. In den Fällen, wo die Neubildung nur den unteren Teil des Harnleiters einnimmt, und die dazu gehörige Niere anscheinend gesund ist, macht man nach der Exstirpation des erkrankten Harnleiterstückes, wenn irgend möglich, die Ureterocystostomie. Ist diese Operation nicht möglich, weil das erkrankte Harnleiterstück zu lang ist, so müssen Harnleiter und Niere vollkommen exstirpiert werden.

4) Nierencysten. Die Verff. unterscheiden fünf Arten von Cysten: a. die Cysten bei interstitieller chronischer Nephritis — sie haben kein chirurgisches Interesse —; b. die uni- oder paucilokulären Cysten, die gewöhnlich als seröse Cysten bezeichnet werden; c. die polycystische Niere, d. die Echinokokkencysten und e. die Dermoidcysten der Niere. Die beiden letztgenannten Cystenarten werden von den Verff. nicht mit in den Bereich der Besprechung gezogen. Bei der Behandlung der seltenen serösen Cysten empfehlen die Verff. mit vollem Rechte möglichst konservativ vorzugehen. Bei der polycystischen Niere unterscheiden sie die angeborene cystöse Nierendegeneration, die nur äußerst selten Gegenstand chirurgischen Eingreifens ist, und die cystöse Nierendegeneration bei Kindern und bei Erwachsenen. Bei beiden ist die primäre Ursache der Erkrankung in einem Entwicklungsfehler zu suchen; epitheliale Proliferationen und Retentionen spielen eine Rolle bei der Vergrößerung der Cysten. Bei der cystösen Nierendegeneration der Erwachsenen unterscheiden die Verff. klinisch eine urämische, Bright'sche und renale oder chirurgische Form. Bei letzterer bestehen die Hauptsymptome in Hämaturie und Lendenschmerzen. Nur bei der »chirurgischen« polycystischen Niere darf operativ eingeschritten werden, und auch nur dann, wenn man vollkommene Gewißheit über die Gesundheit der anderen Niere erlangt hat.

5) Paranephritische Geschwülste. Man kann hier fünf verschiedene Arten unterscheiden: a. Lipome, Myxolipome etc.; b. Fibrome, Fibromyxome etc.; c. Sarkome, Fibrosarkome etc.; d. Mischgeschwülste, Fibromyoosteosarkome etc.; e. paranephritische Cysten. Therapeutisch empfiehlt sich bei den festen Geschwülsten eine möglichst vollständige Exstirpation, und zwar wenn irgend tunlich mit Erhaltung der Niere.

Den Schluß des Buches bilden statistische Zusammenstellungen über die von den Verff. bearbeiteten operierten Fälle: 413 Nierengeschwülste bei Erwachsenen; 172 Nierengeschwülste bei Kindern; 53 Nierenbecken- und Harnleiterneubildungen; 31 seröse Cysten; 53 cystöse Nierendegenerationen; 72 paranephritische Geschwülste und Cysten.

Das vorliegende Werk bedeutet nach jeder Richtung hin eine ausgezeichnete Bereicherung der chirurgischen Nierenliteratur.

Paul Wagner (Leipzig).

Kleinere Mitteilungen.

Schutzvorkehrungen für Patienten, Ärzte und Fabrikanten gegen Schädigungen durch Röntgenstrahlen.

Von

Dr. **Albers-Schönberg** in Hamburg.

Die Schädigungen durch Verbrennungen mit Röntgenstrahlen, von denen in der Literatur eine große Anzahl niedergelegt ist, geben mir die Veranlassung, der Frage, welche Schutzmaßregeln zu ergreifen sind, näher zu treten. Die Bedeutung, welche dieser Angelegenheit zukommt, wird besonders durch den augenblicklich schwebenden, civilrechtlich zu entscheidenden Prozeß Sch. illustriert. Gegen den durch den Strafprozeß bereits bekannt gewordenen Arzt wird nunmehr eine Forderung auf ca. ℳ 36 000 Schadenersatz wegen Körperbeschädigung erhoben. Ein zweiter, noch in den Anfangsstadien befindlicher Fall ähnlicher Natur wird wahrscheinlich demnächst die Öffentlichkeit beschäftigen.

Um in Zukunft die Ärzte vor derartigen übeln Eventualitäten zu sichern und zugleich das Publikum nach Möglichkeit vor Verbrennungen zu schützen, habe ich einige Bestimmungen für die röntgenographischen Untersuchungen von Pat. ausgearbeitet, deren Befolgen fast sicheren Schutz nach jeder Richtung zu gewähren imstande ist.

Die Berechtigung, mit derartigen Vorschlägen vor die Öffentlichkeit zu treten, nehme ich aus meiner seit Beginn der Röntgenzeit datierenden spezialistischen Beschäftigung mit diesem Fache und gestützt auf viele tausend Untersuchungen.

A. Schutz des Patienten.

Die wichtigste und schon oft betonte Hauptforderung ist die Befolgung des Grundsatzes, nur sachverständigen Ärzten die Anwendung von Röntgenstrahlen am Pat. zu gestatten.

Derjenige Arzt, welcher Techniker, niederes Heilpersonal oder dergleichen mit der Vornahme von Röntgenuntersuchungen an Pat. beauftragt, ist haftbar für eventuelle Schädigungen der Kranken.

Der Pat. kann bei der Untersuchung mittels Röntgenstrahlen

a. durch die Strahlen selbst,

b. durch Zersplitterung von Röntgenröhren,

c. durch Übergang starker elektrischer Entladungen in den Körper

geschädigt werden.

Ad a. Die Röntgenstrahlen können zu Verbrennungen führen, wenn

1) die Belichtungszeit eine zu lange,
2) die Entfernung der Röhre eine zu geringe ist,
3) bei richtigem Röhrenabstande und richtiger Expositionszeit die Untersuchungen zu häufig hintereinander vorgenommen werden.

Ad 1) Was die Dauer der zulässigen Belichtung angeht, so kann man hierüber sehr präzise Vorschriften geben. Während früher außerordentlich lange exponiert wurde, erlaubt die heutige Technik, vorwiegend durch die Ausbildung des Blendenverfahrens, eine außerordentliche Abkürzung der Belichtungsdauer. Ich halte es für ganz ausgeschlossen, daß man zum Zwecke der Herstellung einer Röntgenplatte von irgend einer beliebigen Skelettpartie des menschlichen Körpers einer längeren Expositionszeit als höchstens 4 Minuten bedürfen wird. Diese Zeit ist sehr hoch gegriffen und wird nur in den allerwenigsten Fällen bei außerordentlich dicken Pat. zur Anwendung kommen. Auch beim Nierensteinnachweis genügen kurze Expositionen, welche die Zeit von 4 Minuten nicht zu übersteigen brauchen. Ich komme fast für alle Aufnahmen mit der Maximalzeit von 2 Minuten aus und glaube, daß bei einiger Übung und bei erstklassigem Instrumenta-

rium dieselbe auch für andere Untersucher unter allen Umständen ausreichen wird. Solche Ärzte, welche im Besitze schwächerer Apparate sind, werden beispielsweise bei Hüftgelenk-, Lendenwirbelsäulen- und Nierensteinaufnahmen bis zu 4 Minuten gehen müssen. Diese Zeit indessen zu überschreiten, halte ich für unzulässig. Für den größten Teil aller Röntgenaufnahmen der großen Gelenke sowie der Röhrenknochen etc. genügen wesentlich kürzere Expositionen, welche zwischen $1/2$—$1^1/2$ Minuten schwanken. Bei Aufnahmen der Zähne ist die äußerste zulässige Expositionszeit 15 Sekunden.

Ad 2) Der Abstand der Röntgenröhren von der Körperoberfläche muß ein solcher sein, daß auch bei der maximalen Belichtungsdauer von 4 Minuten eine Verbrennung vollständig ausgeschlossen ist. Die Entfernung, welche sich mir unter allen Umständen bewährt hat, und bei welcher ich bis jetzt noch keine Verbrennungen gesehen habe, beträgt von der Oberfläche der Röhre bis zur Oberfläche des Körpers gerechnet ca. 30 cm. Ein näheres Herangehen mit der Röhre an den Pat. ist technisch gänzlich überflüssig und infolgedessen zu verwerfen. Eine Ausnahme machen die Zahnuntersuchungen, bei denen man sehr weiche Röhren benutzen muß und infolgedessen bis auf 15 cm an das Gesicht herangehen kann. Da die Exposition hier indessen 15 Sekunden nicht überschreiten darf, so ist bei dieser Entfernung eine Verbrennung nicht zu befürchten.

Ad 3) Da auch bei großer Übung sehr viele Aufnahmen beim ersten Versuche mißlingen, so kommt der Untersuchende naturgemäß in die Verlegenheit, die Untersuchung zu wiederholen. Es ist dieses auch statthaft, doch darf derselbe Körperteil am gleichen Tage unter den sub 1) und 2) angegebenen Kautelen nicht mehr als höchstens dreimal untersucht werden. Das würde eine maximale Belichtungszeit von 12 Minuten bei 30 cm Abstand bedeuten. Denjenigen, welche gezwungen zu sein glauben, 4 Minuten exponieren zu müssen, möchte ich indessen lieber den Rat geben, sich mit zwei Untersuchungen am gleichen Tage zu begnügen. Bei Nierensteinuntersuchungen, welche naturgemäß nicht immer in einer Sitzung zu erledigen sein werden, ist es zu empfehlen, an mehreren nicht hintereinander liegenden Tagen zu untersuchen und dieselben Fälle pro Tag nicht mehr als zweimal zu exponieren.

Da häufig Pat. bereits von anderer Seite durchleuchtet sind, wenn sie zum Arzte zur Vornahme einer Röntgenuntersuchung kommen, ist diesbezüglich eine Voranfrage bei den Pat. erforderlich, da man sich zu hüten hat, auf dieselbe Hautpartie, welche vielleicht am Tage vorher bereits längere Zeit bestrahlt worden ist, abermals die Röhre zu richten. Solche Pat. dürfen erst dann untersucht werden, wenn die Inkubationszeit der Röntgendermatitis abgelaufen ist. Es sind mir Fälle bekannt, welche infolge einer einmaligen Bestrahlung eine Dermatitis bekamen, deren Entstehen rätselhaft zu sein schien. Bei näherer Nachforschung stellte sich dann heraus, daß die Kranken bereits von anderer Seite kurz vorher längere Zeit bestrahlt worden waren.

Ob bei der Untersuchung eines Körperteiles eine Abschützung der nicht zu bestrahlenden Körperpartien zu verlangen ist, möchte ich einstweilen dahingestellt sein lassen, jedoch, wenn irgend ausführbar, empfehlen. Bei dem erwähnten Abstande und Anwendung von Bleiblenden genügt es, wenn die Röhre auf einer ca. 25 qcm großen Platte, welche an ihrer Unterseite mit Bleibeschlägen versehen ist, montiert wird. Alle im direkten Strahlungsbezirke befindlichen Körperteile sind hierdurch vollständig geschützt. Wendet man keine Blenden an, so ist die Abschützung der nicht zu bestrahlenden Körperteile naturgemäß schwerer auszuführen. Unerläßlich ist eine solche Abschützung indessen, wenn es sich um Untersuchungen des Kopfes oder des Halses handelt, resp. wenn der Kopf sich in der Nähe der Röhre befindet. Eine einmalige Bestrahlung kann unter Umständen zu Haar- und Bartausfall führen, eine Schädigung, vor welcher der Pat. zu bewahren ist. Bei Untersuchungen des behaarten Kopfes sind die Kranken auf diese Möglichkeit hinzuweisen.

Auch die direkten Durchleuchtungen, d. h. die Untersuchungen auf dem Leuchtschirme, sind unter Kautelen vorzunehmen. Die Röhre ist so aufzustellen,

daß nur der zu untersuchende Körperteil vom Strahlenkegel getroffen wird. Die übrigen Partien müssen sich nach Möglichkeit außerhalb des Bereiches der direkten Strahlung befinden. Der Abstand des Pat. von der Röhre darf nicht geringer als 20 cm gewählt werden und die einmalige Untersuchung ein und derselben Körperpartie darf eine Zeitdauer von 2 Minuten nicht überschreiten, es sei denn, daß verschiedene Körperbezirke zur Durchleuchtung kommen, mithin die bereits bestrahlten sich nicht permanent unter der Einwirkung der Strahlen befinden.

Ad b. Der Schutz der Augen des Pat. gegen event. zerplatzende Röhren ist eine nicht zu unterschätzende Aufgabe, da event. Verletzungen, namentlich dann, wenn die Augen in der Nähe sind, zu befürchten sein können. Bei der Anwendung geeigneter Bleiblenden, wie oben beschrieben, befindet sich der unter der Blende liegende Pat. ziemlich in Sicherheit. Wendet man keine Blenden an, so ist eine eventuelle Schädigung durch umherfliegende Glaspartikelchen möglich. Ein Schutz gegen Zerbrechen der Röhren ist dann besonders zu verlangen, wenn man mit großen Exemplaren arbeitet (Müller'sche Wasserkühlröhren, Gundelach'sche Dauerröhren). Je größer die Röhre, um so bedeutender ist die Zerstäubung von Glas. Da die Röhren infolge des Betriebes nicht springen, sondern nur dann, wenn sie unvorsichtig gehandhabt werden, so genügt es vollkommen, während der Einstellung über das Gesicht des Pat. ein Tuch zu decken, um bei etwaigen Röhrenzertrümmerungen die Augen zu schonen. Die übrigen Körperpartien bedürfen gegen das Zerbrechen der Röhre keines besonderen Schutzes, da derselbe schwer ausführbar ist und etwaige Verletzungen der Haut nur unbedeutend sein dürften.

Ad c. Gegen unbeabsichtigte Stromübergänge ist der Pat. strikte zu schützen. Dieselben können erfolgen durch Unachtsamkeit bei der Einschaltung der Röhre, indem die Kabel nicht richtig eingehängt werden, oder durch spontane Loslösung eines Kabels von der Röhre. Arbeitet man mit Blenden, namentlich mit der vom Verf. angegebenen Kompressionsblende, so wird der Strom in die Metallteile hineinfahren. Da derselbe aber auch von hier in den Pat. übergehen kann, ist die Blende unter allen Umständen mit einer Erdleitung zu verbinden. Es genügt als solche eine Drahtverbindung mit der Wasser- oder Gasleitung des Hauses.

B. Schutz des Arztes.

Von ganz besonderer Bedeutung sind die Schutzvorrichtungen für Ärzte.

Es sind zwar bis jetzt außer Hautverbrennungen der verschiedensten Grade schwere Schädigungen, namentlich innerer Organe, nicht mit Sicherheit festgestellt worden. Es ist indessen nicht anzunehmen, daß eine fortdauernde Beschäftigung mit den Röntgenstrahlen gleichgültig für den Körper des Untersuchenden ist. Mir sind zwei Fälle bekannt, in welchen Herzklopfen und Angstgefühl sowie Beschleunigung des Pulses unter der Einwirkung der X-Strahlen beobachtet worden sind. Es ist auch durchaus möglich, daß ebenso gut wie an den peripheren Arterien auch an den tiefer gelegenen Degenerationen vakuolärer Art entstehen können. Die spätere Zeit wird lehren, inwieweit meine Annahme gerechtfertigt ist. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß es Pflicht der Vorstände von Krankenhäusern und Kliniken ist, die mit den Röntgenuntersuchungen beauftragten Assistenten in genügender Weise vor eventuellen Schädigungen zu bewahren, resp. sie auf die Möglichkeit solcher vor Übernahme der Station aufmerksam zu machen.

Die Verbrennungen der Hände seitens der Untersucher sind die üblichen Folgen bei allen denjenigen, welche ihre Hände dauernd der schädigenden Einwirkung der Strahlen aussetzen.

Es ist hier nicht der Ort, die schweren Veränderungen der Haut und der Nägel zu beschreiben, es soll nur darauf hingewiesen werden, daß derjenige, welcher einmal die sog. Röntgenhände erworben hat, von der Ausübung der chirurgischen oder geburtshilflichen Praxis absolut ausgeschlossen ist. Eine Desinfektion der Hände im modernen Sinne ist unmöglich, Rhagadenbildungen, Pustelbildungen etc. gestatten die erwähnte Tätigkeit unter keinen Umständen.

Die Untersucher werden in folgender Weise zu schützen sein:

1) partieller Schutz der Hände,

2) allgemeiner Schutz des Körpers.

Ad 1) Das Benutzen der Hände zur Feststellung des Härtegrades der Röhren ist überflüssig und unter allen Umständen zu unterlassen. Genügende Übung ermöglicht es, einer Röhre den Härtegrad ohne weiteres anzusehen. Bei mangelnder Erfahrung erfüllt der Härtegradmesser nach Walter vollkommen den Zweck der Röhrenbestimmung. Genannter Apparat ist so konstruiert, daß die Hand nicht mit den Strahlen in Berührung kommt. Mit Ausnahme bei Zahnuntersuchungen gibt es in der ganzen Röntgentechnik kaum eine Veranlassung, die Hände in direkte Nähe der Strahlenquelle zu bringen. Bei den Zahnuntersuchungen sind indessen die Expositionen zu kurz, um schädigend wirken zu können.

Ad 2) Der Gesamtschutz des Körpers, welcher eventuellen inneren Schädigungen sowie dem Ausfalle von Kopf- und Barthaaren vorbeugen soll, ist in folgender Weise zu bewerkstelligen. Zunächst muß die Röntgenröhre, sei es auf der Kompressionsblende oder am Wandarme, stets so eingeschaltet werden, daß der Untersucher hinter der Antikathode, also nicht im direkten Bereiche der Strahlung sich befindet. Da indessen, wie man sich durch ein Experiment leicht überzeugen kann, in einem Raume, in welchem eine Röntgenröhre funktioniert, überall Strahlung vorhanden ist, so ist noch ein spezieller Schutz des Körpers in Gestalt einer zwischen der Röhre und dem Untersucher befindlichen, mit Blei gepanzerten Schutzwand erforderlich. Der Untersucher hat stets während der Zeit der Funktion der Röhre seinen Standort hinter dem Schirme zu nehmen. Der Rheostat muß so aufgestellt sein, daß er von diesem Punkte aus zu bedienen ist. Es ist indessen auch hinter einem solchen Schirme noch Diffusionsstrahlung vorhanden. Wenngleich dieselbe auch so schwach ist, daß sie wohl kaum noch einen Einfluß auf den menschlichen Körper ausüben kann, so ist vorsichtigen Untersuchern doch anzuraten, die Schutzwand in Gestalt eines viereckigen Häuschens zu konstruieren, welches außen mit Blei beschlagen ist. Die Schutzwand ist ebenso wie zur Verwendung kommende Blenden stets mit Erdleitung zu versehen, um eventuellem Funkenüberschlag vorzubeugen. Es ist absolut unstatthaft, daß sich der Untersucher während der Funktion der Röhre neben der Röhre, d. h. in ihrem Strahlungsbereiche aufstellt, wie dieses früher meist zu geschehen pflegte.

Bei Untersuchungen mit dem Leuchtschirm darf die funktionierende Röntgenröhre nicht frei im Raume stehen, sondern muß sich zum mindesten hinter einer mit einem Diaphragma versehenen Bleiplatte befinden, wodurch die direkte, intensivste Strahlung abgehalten wird und nur die durch das Diaphragma dringende den Pat. und Arzt trifft. Dieser Schutz ist mangelhaft. Am besten wird die zu Untersuchungszwecken benutzte Röhre in einen mit Blei ausgekleideten Kasten untergebracht, welch letzterer ein Diaphragma enthält. Da die Herstellung von Bleiglas, welches absolut sicheren Schutz gegen Röntgenstrahlen gewährt, nunmehr durch den Verf. in die Wege geleitet ist, muß, sobald dasselbe im Handel erschienen sein wird, die Anforderung gestellt werden, daß auch der Leuchtschirm über seiner Schichtseite eine Bleiglasplatte trägt. Hierdurch werden die Bilder nicht beeinträchtigt, eine Bestrahlung des Untersuchers dagegen ausgeschlossen. Ich habe wiederholt bei langdauernden Untersuchungen auf dem Leuchtschirm Brennen der Gesichtshaut verspürt, trotzdem das Gesicht nur von solchen Strahlen getroffen worden war, welche bereits den Körper des Pat. vollkommen passiert hatten.

C. Schutz des Fabrikanten.

Von allergrößter Wichtigkeit ist der Schutz der mit der Röhrenindustrie beschäftigten Arbeiter. Diese Personen, welche unaufhörlich den Strahlen ausgesetzt sind, erleiden die allerschwersten Verbrennungen. Frieben beschreibt einen Fall, in welchem es zu Karzinombildung im Anschluß an ein Röntgenulcus kam. Fast alle Röhrenfabrikanten sind erheblich entstellt, Pigmentierung der Haut, Warzenbildung, Bartlosigkeit, Mangel an Augenwimpern und Augenbrauen gehören zu den gewöhnlichsten Anblicken. In schweren Fällen beobachten wir

Geschwürsbildungen, Nagelausfall, sogar Linsentrübungen. Es liegt auf der Hand, daß mit der Zeit für diese Arbeiter ebenso gut Schutzvorrichtungen gefordert werden müssen wie für Personen, welche in anderen gesundheitsgefährlichen Betrieben beschäftigt sind. Auch hier muß die Forderung gestellt werden, daß vor jeder Luftpumpe, mittels welcher die Röhren während des Funktionierens ausgepumpt werden, eine ausreichend große Bleiglasplatte aufgestellt wird. Die letztere muß so groß gewählt werden, daß alle Teile des in der Nähe stehenden Arbeiters sich im Schutze befinden. Die Ausgestaltung dieser Maßregel muß den Fabrikanten überlassen bleiben, da sie sich nach den jeweilig örtlichen Verhältnissen zu richten hat.

Das Prüfen der Röhren auf den Grad ihrer Luftleere darf unter keinen Umständen mit der Hand geschehen, sondern muß mittels der Walter'schen Härteskala vorgenommen werden.

Es sind dieses in kürzester Zusammenfassung diejenigen Schutzmaßregeln, welche für Patienten, Ärzte und Fabrikanten in Betracht kommen; dieselben erscheinen auf den ersten Blick etwas rigoros, indessen nur scheinbar; denn n Wirklichkeit können alle Anforderungen, ohne den Betrieb in irgend welcher Weise zu erschweren, in Anwendung gebracht werden.

---

16) **Bofinger** (Creglingen). Taschenbesteck und Taschen-Sterilisier-Apparat.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Februar.)

Zum Mitnehmen über Land gibt es wohl keinen bequemeren Apparat als obigen, welcher 17½ cm lang, 9½ cm breit und 4 cm dick ist. Er nimmt außer den mitzunehmenden Instrumenten zwei Spirituslampen in sich auf. Entfaltet kann mittels der Lampen der ganze Apparat mit Inhalt in kürzester Zeit ausgekocht werden. Der Apparat besteht aus Neusilber.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

17) **Hausmann** (St. Gallen). Universalsterilisator mit Überdruck.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Januar.)

Die Sterilisation der Instrumente geschieht in obigem Apparate durch kochendes Wasser oder Boraxlösung. Die Instrumente liegen auf einem gelochten Metallkorb zu unterst in der Lösung, unter welcher Spiritus, Gas, Elektrizität etc. als Heizquelle dient. Auf diesem Korbe ruht ein zweiter gelochter Metallkorb, welcher von heißem Dampf sterilisiert wird; in ihm liegen Katheter, Spritzen, pharmaceutische Präparate etc. Über beide Körbe ist eine schwere Glocke gestülpt, oben geschlossen, unten offen. Sie dient zur Erzeugung des Überdruckes. Die Decke der Glocke ist nach unten eingebogen und nimmt Verbandstoffe auf, welche selbstverständlich stark erhitzt werden, aber fast trocken bleiben. Über das Ganze kommt ein Deckel. 5 Figuren im Original.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

18) **V. Czerny** und **O. Simon.** Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für das Jahr 1901.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Suppl.-Heft.)

Der Bericht wird mit einem Vorwort C.'s eingeleitet. Der von S. bearbeitete allgemeine Teil gibt eine Übersicht über das reiche Material der Heidelberger Klinik. Bei 200 Krankenbetten wurden 2571 Kranke verpflegt, an welchen insgesamt 1985 Operationen vorgenommen wurden (1930 im Vorjahre). Mit Ausnahme der Laparotomien, deren Zahl von 238 (1900) auf 272 gestiegen ist, hat sich die Zahl der großen Operationen gegen das Vorjahr wenig verändert. Allgemeine Narkose wurde 1753mal ausgeführt (Chloroform in 1257, Morphium-Chloroform in 260, Äther in 157, Chloroform-Äther in 55 Fällen). Die Mortalität der operierten

Fälle betrug 6,04% (120 Todesfälle auf 1985 Operationen). 17 Pat. starben, ohne daß eine Operation vorgenommen war, so daß sich eine Gesamtmortalität von 5,2% ergibt. 1mal erfolgte Chloroformtod bei starker Herzerkrankung.

Dem speziellen Teile, welcher, topographisch in großen Gruppen geordnet, für jeden Fall eine, wenn auch kurze Krankengeschichte bringt, folgt dann noch ein Bericht über die Tätigkeit der Ambulanz. Die Frequenz belief sich im Jahre 1901 auf 7814 Pat. Allgemeine Narkose wurde 133mal, davon 122mal mit Chloroform ausgeführt. Die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie kam 124mal zur Anwendung. Die Zahl der behandelten Frakturen belief sich auf 269. Daß auch in der Ambulanz die operative Tätigkeit eine lebhafte war, erhellt aus der Tabelle der operativen Eingriffe, unter welchen sich auch Strumektomien und Amputationen finden.

Blauel (Tübingen).

19) **Seeligmann** (Hamburg). Mitteilungen über Studien zur Erforschung und Heilung des Krebses beim Menschen.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 3.)

Verf. knüpft an die v. Leyden-Blumenthal'schen Versuche an, das Karzinom durch Injektion ausgepreßter Karzinomflüssigkeit zu behandeln. Er geht von der Idee aus, daß die atypische schrankenlose Epithelwucherung möglicherweise nicht das eigentliche Leiden des Organismus sei, sondern daß durch diese Epithelwucherung durch eine Art Selbsthilfe des Organismus eine hypothetische, konstitutionelle Allgemeinerkrankung des Körpers bekämpft werde, etwa in der Weise, daß die Krebszellen eine antitoxische Substanz liefern.

(Wenn der interessante Gedankengang des Verf. richtig ist, dann wäre also unsere chirurgische Therapie des Karzinoms sinnlos. Wie erklärt er sich aber die Tatsache, daß durch Exstirpation von Karzinomen sehr viele Menschen dauernd geheilt werden? Ref.)

Verf. hat zuerst bei Versuchstieren und dann bei Menschen mit inoperablen Karzinomen sterilisierte, ausgelaugte Krebsmassen mit der Nahrung innerlich gereicht und dabei keinerlei Schädigung des Verdauungskanals beobachtet. Die Pat. befanden sich nach Verabreichung wesentlich besser und die einzelnen Symptome wurden weniger lästig.

Verf. wünscht seine Mitteilung nur als eine vorläufige betrachtet zu wissen.

Schmieden (Bonn).

20) **Monmeneu.** Flebitis pneumonica.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid Nr. 765.)

Die Fälle von sogenannter Phlegmasia alba dolens im Anschluß an akute Infektionskrankheiten sind, abgesehen von den im Anschluß an das Puerperalfieber auftretenden Phlebitiden, noch nicht sehr häufig beschrieben worden. In der Literatur existieren nach Steiner-London zwischen 20 und 30 derartiger Fälle. Im vorliegenden Falle trat am 7. Tage einer bis dahin regelmäßig verlaufenen Pneumonie plötzlich eine neue Temperatursteigerung zugleich mit sehr heftigen Schmerzen im linken Beine auf. Der Schmerz lokalisierte sich in der Leistengegend, und schon am nächsten Tage waren alle Symptome der typischen Phlegmasia alba dolens ausgeprägt. Das Fieber hielt an, ohne sich über 40° zu erheben, welche Temperatur am 5. Tage nach Einsetzen der Phlebitis erreicht wurde. 2 Wochen nach Beginn der linksseitigen Erkrankung, als diese schon im Zurückgehen war, stellten sich die gleichen Symptome im rechten Beine ein. Die Heilung beanspruchte, vom Beginn der Pneumonie an gerechnet, genau 3 Monate. Es werden die drei für die Ätiologie der Phlebitis in Betracht kommenden Theorien kritisch besprochen. M. glaubt, daß weder die chemische noch die anatomische, noch die rein infektiöse Theorie allein eine genügende Erklärung bieten können; vielmehr ist das Hauptsächliche für das Zustandekommen der Erkrankung eine Prädisposition von Seiten des Organismus; denn andernfalls müßten bei der sehr beträchtlichen Anzahl von Erkrankungen an Pneumonie weit mehr Phlebitiden beobachtet worden sein. Besteht die Prädisposition entweder in einer Schwäche

der Gefäßwand oder aber in einer chemischen Veränderung des Blutes, so kommt die Infektion sekundär an dieser Stelle zustande. **Stein** (Wiesbaden).

21) **E. J. Claxton.** The gelatin treatment of aneurysm.

(Guy's hospital reports 1902. Vol. LVII.)

C. legt seiner kritischen Besprechung 7 Fälle aus Guy's Hospital zugrunde, deren Krankengeschichten am Schlusse zusammengestellt sind. Resultat der Gelatinebehandlung: 1mal vorübergehende Besserung, 2mal Tod an Tetanus, 3mal keine Besserung; ein Kranker entzog sich nach einer Injektion der weiteren Behandlung. Die Ausführungen des Verf. gipfeln darin, daß er die Gelatinebehandlung, welche ebenso wie die Galvanopunktur, Einführung von Draht und anderen Methoden nur den lokalen Blutgerinnungsprozeß begünstigen will, dagegen keinen Einfluß auf den allgemeinen atheromatösen Zustand ausübt und deshalb auf den Namen einer wirklichen Kur keinen Anspruch hat, wegen ihrer hohen Gefahr und mangelhaften Erfolge verwirft. **Kleinschmidt** (Kassel).

22) **X. Eigenbrodt.** Tetanus nach subkutaner Gelatineinjektion.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Wegen heftiger Nachblutung nach einer Nasenoperation wurden bei einem 19jährigen Mädchen Gelatineinjektionen gemacht. Am 6. Tage danach brach Tetanus aus, welcher trotz möglichst frühzeitig gegebenen Heilserums nach 19 Stunden tödlich endigte. Wie in den meisten ähnlichen Fällen ließen sich in der Gelatinelösung keine Tetanusbakterien nachweisen. E. wirft die Frage auf, ob nicht vielleicht in der sterilisierten Gelatinelösung Tetanustoxin die Erkrankung verursacht haben mag, hält diese Erklärung aber für nicht haltbar. Jedenfalls sei zu verlangen, daß die Gelatine aus unverdorbenem Material von gesunden Tieren in sauberer Weise hergestellt sei, eine Forderung, welche, wie Naunyn in einer Fußnote bemerkt, längst in dem Präparate von Merck in Darmstadt erfüllt ist. **Haeckel** (Stettin).

23) **D. D. Niculescu** (Bukarest). Bezüglich einiger lokaler Zufälle infolge von Cocaineinspritzungen in der Stomatologie.

(Spitalul 1903. Nr. 3. [Rumänisch.])

Das Cocain ist mitunter ein sehr gefährliches Mittel, und obwohl nur etwa 8 Fälle bekannt sind, wo die subkutane Anwendung desselben tödliche Folgen hatte, so sind doch minder bedeutende Zufälle, wie Übelkeiten, Erbrechen, Schwatzhaftigkeit, Cocainrausch etc. oft zu bemerken. Auch lokale Zufälle kommen vor, wenn auch selten. So hat N. infolge von Cocaininjektionen ins Zahnfleisch Haarausfall des Schnurrbartes beobachtet, so daß ganze Stellen haarlos blieben, und in einem anderen, ähnlich behandelten Falle Auftreten von nekrotischen Stellen an der Schleimhaut des harten Gaumens gesehen. Er erklärt diese Erscheinungen als Folgen des Cocaineinflusses auf die Vasokonstriktoren, wodurch eine verminderte Ernährung der benachbarten Teile hervorgerufen wird.

E. Toff (Braila).

24) **Wild.** Über die Skopolamin-Morphiumnarkose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 9.)

Verf. berichtet über 8 im Altonaer Krankenhause ausgeführte Skopolamin-Morphiumnarkosen. Es wurden nur gesunde kräftige Leute ohne Erkrankungen des Herzens, der Atmungsorgane oder der Nieren gewählt. In allen Fällen wurde die von Blos empfohlene Probedosis von 5 dmg Skopolamin, 3 cg Morphium am Abend vor der Operation gegeben, ohne daß dieselbe als wertvoll erkannt wäre. Wenn 2 Stunden nach der Einspritzung noch keine Narkose vorhanden war, wurde dieselbe durch Äther tropfweise herbeigeführt. In einem Falle blieb die Wirkung der Einspritzung aus. Die Dauer derselben schwankte zwischen 40 Minuten und 14 Stunden. In 7 Fällen verlief die Narkose gut und angenehm. Bei einem

18jährigen Mädchen dagegen, bei welchem 15 dmg Skopolamin und 9 cg Morphium gegeben waren, zeigte sich deutlich die Unzuverläßigkeit der Skopolaminwirkung. Trotz der hohen Dosis zeigte die Pat. nach 2 Stunden noch keine Schläfrigkeit, so daß dauernd Äther während der Operation gegeben werden mußte. Erst nach Beendigung der Operation verfiel sie in einen tiefen Schlaf, und hier zeigte sich bald, daß das Skopolamin die schädlichen Wirkungen des Morphins nicht ausgleicht: Atmung ähnlich dem Cheyne-Stokes'schen Atmen. Puls anfangs bald voll, bald klein, setzte allmählich ganz aus, Atmung wurde röchelnd, Pat. machte den Eindruck einer Sterbenden, Reflexe erloschen. Durch künstliche Atmung, Kampfer, Kochsalz, faradischen Strom gelang es nach einstündiger Anwendung, Puls und Atmung wieder regelmäßig zu gestalten.

Auf Grund dieser Erfahrung warnt W. vor weiteren Versuchen, da das Skopolamin keine einheitliche physiologische Wirkung hat.

Langemak (Rostock).

25) T. W. Huntington. Extensive X-ray lesion treated by excision and skin graft, and a Gritti's amputation on the thigh on the same patient.

(Occidental med. times 1902. Nr. 7.)

Interesse bietet nur der erste Teil der Arbeit:

Bei 23jährigem Pat. entstand nach »kurze Zeit dauernder« Röntgenaufnahme eine Nekrose der Bauch- und Oberschenkelhaut in Ausdehnung von 5 : 5½ Zoll. Behandlung wie in einem früher berichteten Falle (vgl. d. Bl. 1902 p. 600): Exzision und Transplantation nach Thiersch. Glatte Heilung bis auf eine kleine durch Granulation heilende Stelle. **Kleinschmidt** (Kassel).

26) J. Preindlsberger (Sarajevo). Urologische Mitteilungen.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 3.)

Die Mitteilungen des Verf. enthalten kasuistische Beiträge in Form von fünf Krankengeschichten, deren Gemeinsames ist, daß die Sectio alta angewandt wurde, und zwar mit gutem resp. befriedigendem Erfolge bei verschiedenen selteneren Blasenleiden.

Es waren folgende fünf Fälle:

1) Ruptura urethrae; Infiltratio urinosa. Sectio alta, Katheterismus posterior.
2) Cystitis tuberculosa vesicae. Sectio alta.
3) Ein Fall von Schrumpfblase. Sectio alta.
4) Papilloma vesicae. Sectio alta. Exstirpation.
5) Inkrustation der Blase nach Lithiasis. Sectio alta. Ausschabung. Heilung.

Dem Verf. ist es gelungen, in recht verzweifelten Fällen durch Sectio alta, sowie durch sorgfältige Nachbehandlung mit Blasentamponade, Dauerkatheter etc. recht erhebliche, dauernde Besserungen zu erzielen; natürlich blieb ihm die Schwierigkeit der Heilung einer solchen hohen Blasenfistel nicht erspart. Das Einzelne der wertvollen Mitteilungen muß im Original nachgelesen werden.

Schmieden (Bonn).

27) J. Nicolaysen (Christiania). Hämatoporphyrinurie nach Chloroformnarkose.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1901. p. 24.)

Bei einer Pat., welche der Verf. am 1. Mai 1900 wegen chronischer Appendicitis operierte, wobei 40 g Chloroform verbraucht wurden, enthielt die erste Urinportion, welche 12 Stunden nach der Operation gelassen wurde, eine große Menge Hämatoporphyrin. Keine Albuminurie; aber in dem centrifugierten Bodensatz wurden hyaline Cylinder nachgewiesen. Die Kranke hatte 5—6 Jahre vorher an akutem Gelenkrheumatismus gelitten. Im Januar und April 1900 hatte sie zwei Anfälle von Appendicitis gehabt. An der Herzspitze wurde Fremissement gefühlt. Der Urin wurde sowohl damals wie vor der Operation untersucht und normal ge-

funden. Nach der Narkose kein Erbrechen. Der Puls war 4 Tage lang frequent (120—124); die Temperatur am Abend des Operationstages 38° C., später normal. Mehrere Tage etwas Cyanose. Pat. wurde am 9. Juni 1900 entlassen. Der Urin noch etwas dunkler gefärbt als normal. 4 Monate später wurde sie untersucht. Der Urin war rotgelb, sauer, spez. Gewicht 1026, enthielt Urobilin. Pat. fühlte sich ganz gesund.

Dies ist der erste Fall, wo zusammen mit Cylindrurie, vermehrter Pulsfrequenz und Cyanose akute Hämatoporphyrinurie als eine der schädlichen Nachwirkungen der Chloroformnarkose konstatiert ist. — Hämatoporphyrin wird in der Leber gebildet und ist das Kennzeichen einer herabgesetzten Oxydation. — Die Urobilinbildung findet im Darmkanale statt, und in um so höherem Grade, wenn Hypercholie vorhanden ist. Hypercholie kann infolge von Destruktion der roten Blutkörperchen auftreten, und wenn weniger als $^1/_{60}$ der roten Blutkörperchen des Organismus destruiert wird, geht nach Untersuchungen Ponfick's das Hämoglobin überhaupt nicht in den Urin über, sondern wird von der Leber aufgenommen. Verf. meint, daß die Hämatoporphyrinurie nach Chloroformnarkose in Analogie mit der Urobilinbildung zu erklären ist. Das Chloroform bedingt herabgesetzte Oxydation und Destruktion eines Teiles der Blutkörperchen; diese werden von der Leber aufgenommen, wo die Bildung des Hämatoporphyrins von der verringerten Oxydation befördert wird. **Wislöff** (Christiania).

28) **G. Luys.** La séparation de l'urine des deux reins chez l'enfant.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1903. Nr. 4.)

Verf. hat seinen Urinseparator außerordentlich verbessert, so daß er auch im kindlichen Alter angewendet werden kann. Das Kaliber des ganzen Instrumentes beträgt nur noch Nr. 15 Charrière. Die Krümmung des Blasenteiles ist verringert, so daß sie sich auch der kindlichen Blase gut anschmiegt. Verf. hat sein Instrument bei einem 14jährigen Knaben und einem 9jährigen Mädchen mit Erfolg angewendet. **Paul Wagner** (Leipzig).

29) **F. Cathelin.** Des perfectionements récents apportés au diviseur vésical gradué.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1903. Nr. 2.)

Verf. teilt eine Reihe von technischen Verbesserungen mit, die er an seinem Instrumente angebracht hat, um die ihm gemachten Vorwürfe zu entkräften. Die Einzelheiten müssen in der mit Abbildungen versehenen Originalarbeit nachgelesen werden. **Paul Wagner** (Leipzig).

30) **V. Czerny und F. Voelcker.** Über Totalexstirpation der Prostata wegen gutartigen Adenoms.

(Festschrift für Bottini.)

Palermo, 1903.

Die Arbeit, die, im Oktober 1901 geschrieben, durch Verzögerungen der Drucklegung erst jetzt erschien, gibt zuerst einen kurzen Überblick über Prostataexstirpationen wegen bösartiger Neubildungen, bespricht dann die verschiedenen Operationsmethoden, die hierbei in Anwendung kamen, und schildert den Entwicklungsgang der operativen Behandlung der gutartigen Prostatahypertrophie. Von den zwei durch Czerny operierten Fällen waren bei dem einen, einem 64jährigen Pat., seit dem Jahre 1886 viermal partielle Prostatektomien auf suprapubischem Wege ausgeführt worden. Die Wucherungen des Mittellappens rezidivierten aber immer wieder, und erst nach der Totalexstirpation der Prostata im Jahre 1901 trat Heilung mit guter Kontinenz und spontaner Miktion ein. Die Operation wurde vom Damme her mit einem bogenförmigen Schnitte vor dem After ausgeführt, die Prostatakapsel gespalten, das Prostatagewebe teils stumpf, teils mit der Schere in mehreren Stücken entfernt, der Defekt in der Harnröhre und im Blasengrunde über einen Katheter vernäht, die Wunde tamponiert. Der Verlauf war günstig.

Die Naht hielt zwar nicht, doch schloß sich sowohl die perineale Wunde, wie auch die von den früheren Operationen herrührende suprapubische Fistel, und bei der Entlassung nach 3 Monaten hatte Pat. klaren Urin, keinen Residualharn, die Blase faßte 300 ccm. Das exstirpierte Prostatagewebe war ein Adenomyom.

In dem zweiten Falle wurde bei einem 62jährigen Manne, mit inkompletter Retention und Cystitis, die gänseeigroße Prostata in toto exstirpiert. Der Erfolg war ebenfalls gut.

Verff. empfehlen die totale Prostatektomie nicht prinzipiell für die Behandlung der Prostatahypertrophie, sondern reden einer individualisierenden Auswahl der Fälle das Wort. Kleine, derbe Formen, vorspringende Wülste am Blasengrunde eignen sich mehr für Bottini's galvanokaustische Inzision; große, weiche, leicht blutende Vorsteherdrüsen scheinen von vornherein mehr für radikale Operationen geeignet. Als Methode des Vorgehens wird der perineale Weg, der genügenden Überblick gibt und gute Drainage ermöglicht, empfohlen.

Voelcker (Heidelberg).

31) **J. Roll** (Christiania). **Ein Fall von Ruptura vesicae.**

(Norsk. Magazin for Lägevidenskaben 1901. p. 592.)

Verf. referiert einen Fall von intraperitonealer Ruptur der Harnblase, deren Diagnose am 4. Tage durch Cystoskopie gestellt, worauf an demselben Tage die Laparotomie gemacht wurde. Die Krankengeschichte zeigte einige interessante Abweichungen von dem gewöhnlichen Symptomenkomplex, der das Bersten der Blase charakterisiert.

Pat. ist ein Mann von 42 Jahren, der vor 18 Jahren an Lungenentzündung mit Retentio urinae gelitten hatte; er wurde damals katheterisirt. Vor 3 Jahren hatte er angeblich einen Anfall von Nierensteinkolik durchgemacht. Die letzte Zeit ist sein Harn unklar gewesen. — Den Abend bevor er ins Hospital gebracht wurde, 19. Mai 1900, war er etwas betrunken, wurde in diesem Zustande von einem Kameraden zu Boden geworfen und fiel rückwärts mit seinem Hinterteile gegen die scharfe, steinerne Kante des Trottoirs. Er konnte sich nach dem Falle nicht erheben und wurde in einem Wagen nach Hause gefahren. Seitdem hatte er kontinuierliche Schmerzen über dem ganzen Unterleib gehabt; doch waren die Schmerzen anfallsweise kurzdauernd heftiger und strahlten in die Eichel aus. Zweimal trat Harndrang ein; Pat. aber konnte nichts entleeren. Im Laufe der Nacht zweimal Erbrechen. Kein Stuhlgang und kein Abgang von Winden. Pat., 16 Stunden nach dem Unfalle ins Hospital gebracht, zeigte hier 80 Pulse. Temperatur 37,5°. Sein Aussehen ist sehr leidend, und er klagt über heftige Schmerzen in dem ganzen Unterleibe. Er ist kongestioniert und schwitzt. Die Unterextremitäten sind heraufgezogen. Bei häufigem Husten verschlimmern sich die Schmerzen. Bauch nicht aufgetrieben, aber sehr empfindlich — selbst bei vorsichtigster Tastung. Die Bauchdecken sind bretthart kontrahiert. Keine Druckempfindlichkeit in der Lendengegend, über Os sacrum oder beim Zusammendrücken des Beckens. Kein Zeichen von Kontusion der Haut. Keine Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen der Unterextremitäten. Diffuse alte Bronchitis. Bei Rektaluntersuchung findet sich die Harnblase hoch gelegen und herabhängend. Keine Infiltration oder Schwellung nachweisbar. Mit Metallkatheter wurden 750 ccm unklaren, rotgelben, blut- und albuminhaltigen, stinkenden, alkalischen Urins entleert. Der Katheter brauchte nicht abnorm weit eingeführt zu werden; er wurde liegen gelassen.

Den zweiten Tag: Puls 96, unregelmäßig. Temperatur abends 37,7° — morgens 37,5°. 800 ccm nichtblutiger Urin sind seit gestern Mittag entleert. Pat. hat zwei Anfälle von heftigen Magenschmerzen gehabt und hat sich mehrmals erbrochen. Kein Abgang von Winden.

Den dritten Tag: Puls 76 resp. 84. Temperatur 37,7—37,4°. 1050 ccm saurer, beinahe klarer Urin ohne Albumin sind entleert. Pat. hat eine relativ ruhige Nacht gehabt. Kein Erbrechen. Der Leib ist mehr aufgetrieben, zeigt aber nur etwas Druckempfindlichkeit in den Fossae iliacae. Die Leberdämpfung ist verkleinert und beginnt schon an der vierten und fünften Rippe. Ein Wasserklystier hat

kein Resultat. Der Katheter wurde entfernt, da er Schmerzen hervorrief. Abends klagte Pat. über Schmerzen in den Fossae iliacae, konnte nicht spontan urinieren. Nach der künstlichen Entleerung von 250 ccm klaren und sauren Urins mehrstündige heftige Schmerzen in der Blasengegend, die das Einlegen des Verweilkatheters unmöglich machten. Temperatur 37,5°. Puls 100.

Den vierten Tag: Temperatur 37,3°. Puls 116. Pat. hatte die Nacht durch drei heftige Schmerzanfälle gehabt und bei dem letzten spontan 20—30 ccm unklaren, sauren, nicht blutigen Urin entleert. Kein Erbrechen. Kein Abgang von Winden. Bauch stark aufgetrieben. Keine Dämpfung oder Infiltration.

Da erwiesen war, daß die Blase 250 ccm Urin behalten konnte (cf. dritten Tag abends), wurde cystoskopiert. Die Blase wurde ohne nachfolgende Schmerzen mit 200 ccm Flüssigkeit gefüllt. Im Blasenscheitel erschien eine ca. 3 cm lange und 1 cm breite Wunde, in der ein Fibrinfetzen flottierte. Sofort Laparotomie. Es prolabierte eine meteoristisch aufgetriebene, injizierte und etwas fibrinbelegte Dünndarmschlinge, die unten mit der Blase und dem Peritoneum parietale verklebt war. Beim Auslösen zeigte die über $1/2$ m lange Schlinge sich dreimal geknickt. Der Darm wurde vom Fibrin gereinigt. Sonst keine Peritonitis. Die Blasenruptur war S-förmig, 12 cm lang; die Wundränder waren sehr zerfetzt; $3/4$ der Wunde lag intraperitoneal, $1/4$ extraperitoneal. Die Wunde wurde mit 22 Katgutknopfsuturen genäht, darüber eine fortlaufende Serosakatgutnaht gelegt. Peritonealdrainage, Verweilkathetheter. 8 Tage nach der Operation wurde der Drain, der Katheter 19 Tage nach dem Eingriffe entfernt. 6 Wochen nach der Operation wurde Pat. wieder cystoskopiert und dabei im Blasenscheitel eine 2 cm lange Narbe gefunden; auf beiden Seiten war die Schleimhaut gerunzelt.

Verf. referiert die allgemeinen Symptome bei Blasenruptur, wovon in dem obengenannten Falle viele fehlten. Er bespricht die Ätiologie und macht auf die große Rolle des Füllungsgrades der Blase bei direkten und indirekten Gewalteinwirkungen aufmerksam und zitiert dabei einen Fall, wo der Leib eines Pat. oberhalb der Symphysis pubis zwischen den Puffern zweier Eisenbahnwagen heftig zusammengepreßt wurde, wonach nur eine intraperitoneale Hämorrhagie entstand. Dieser Pat. hatte eine Stunde vor dem Unfall uriniert.

Ist die Blase prall gefüllt, so genügt eine geringe Gewalt, sie zu sprengen.

Verf. empfiehlt operativen Eingriff so frühzeitig wie möglich.

Wislöff (Christiania).

32) **N. Posadas.** Sur un cas de pilimiction.

(Revista de la soc. med. Argentina 1902. Nr. 57.)

Unter Pilimiktion versteht man die sehr seltene Trichiasis urinaria. Verf. unterscheidet zwei Formen, die accidentelle und die wirkliche. Erstere besteht dann, wenn die dem Harn beigemischten Haare vorher artifiziell in die Harnröhre eingeführt worden waren. Die wirkliche Form dagegen besteht, wenn die Haare aus dem Innern des Urogenitaltraktus stammen. Sie rühren in diesem Falle meist aus Dermoidcysten her, die sich in die Blase selbst eröffnet haben, oder die, in der Nachbarschaft der Blase befindlich, mit dieser durch einen Fistelgang verbunden sind. Man könnte sie demnach in Trichiasis urinaria und para-urinaria scheiden. Der erste Fall einer wirklichen Trichiasis urinaria wurde von Delpech im Jahre 1828 beobachtet. Der Fall des Verf. verlief in folgender Weise:

59jähriger Ackerbauer. Mit Ausnahme einer Gonorrhoe keine früheren Krankheiten. Der Vater starb nach einer Blasensteinoperation. Die jetzige Erkrankung begann vor einem Jahre. Pat. hatte Schmerzen während des Urinierens, die die Blasengegend und den ganzen Unterleib betrafen. Bald trat heftiger Urindrang auf, der den Kranken fast nicht 5 Minuten während Tag und Nacht verließ. Der Urin selber war trüb. Die Ärzte stellten Blasensteine fest und operierten (Lithotripsie). Nach der Operation trat eine 24stündige Blutung ein. Nach seiner Entlassung aus dem Krankenhause machte sich Pat. selber zu Hause Blasenspülungen mit Arg. nitr. Im Anschluß hieran traten neue heftige Beschwerden auf, wegen deren er nun den Verf. konsultierte. Es wurden zunächst alle Symptome einer bestehenden Cystitis festgestellt und diese auf die selbstausgeführten Spülungen

der Blase zurückgeführt. Es wurden weiter Spülungen mit 1⁰/₀₀iger Arg. nitr.-Lösung gemacht. Nach den Spülungen war das erste Urinlassen sehr schmerzhaft und enthielt immer eine weiße, fettartig aussehende, zusammenhängende Masse, der aber zunächst keine Beachtung beigelegt wurde. Eines Tages aber wurden in dem Urin hellblonde Haare von 0,6 cm Länge in größerer Anzahl entdeckt. Als der Kranke bemerkte, daß diesem Umstande von Seiten der Ärzte ein großes Interesse entgegengebracht wurde, erzählte er, daß bald nach der Blasenoperation eine große Menge derartiger Haare abgegangen sei, daß er dabei heftigste Schmerzen gehabt habe, und daß die Haare sehr schlecht gerochen hätten. Er habe geglaubt, »es seien, als er vor der Operation an den Genitalien rasiert wurde, durch irgend eine Unvorsichtigkeit jene Haare mit einem Instrumente in die Harnröhre gestoßen worden«. Es wurde nunmehr die Diagnose auf Dermoid der Blasenwand gestellt, und die Cystoskopie vorgenommen. Der Befund war dieser: Blasenschleimhaut an verschiedenen Stellen stark injiziert, besonders in der linken Hälfte. In dieser bemerkt man eine Hervorragung der Blasenwand, die den Eindruck macht, als habe ein Körper sich zwischen Schleimhaut und Muskularis eingeschoben. Die Größe dieses Körpers ist als die eines mittelgroßen Hühnereies anzunehmen. Bei weiterer Verfolgung des Bildes auf die obere Blasenwand bemerkt man ungefähr 1 cm von der Mittellinie entfernt eine sehr deutliche trichterförmige Einziehung, in deren Tiefe ein schwarzer Punkt sich befindet. Es handelte sich demnach aller Wahrscheinlichkeit nach um eine Dermoidcyste in der Blasenwand, die durch eine Fistel in der Wand in das Blaseninnere mündete. Eine Katheterisation der Fistelöffnung war nicht möglich, da der Zustand des Pat. bedrohlich wurde. Die Behandlung hatte nun, da eine Operation vorläufig nicht bewilligt worden ist, die Aufgabe, die großen Schmerzen zu lindern. P. gab zu diesem Zwecke innerlich Terpentin in größerer Menge. Dies hatte den auffallenden Erfolg, daß alle Symptome, wie Schmerz, Harndrang, Brennen etc., alsbald sistierten und auch keine weiteren Haare eliminiert wurden. Sobald aber das Mittel kurze Zeit nicht genommen wurde, waren alle Beschwerden auch wieder vorhanden. Verf. nimmt nun an, daß der das Terpentin enthaltende und infolgedessen schwerere Urin durch die Fistelöffnung in die Cyste eindringt, sich mit deren Inhalt vermischt, ihn dann auflöst und in dieser gelösten Form nach außen befördert. Zum Schlusse gibt Verf. noch der Meinung Ausdruck, daß die bei der früher stattgehabten Lithotripsie entfernten Blasensteine möglicherweise der Dermoidcyste entstammende Zahnrudimente gewesen seien.

Stein (Wiesbaden).

33) **Elliesen.** Ein Fall von Verdoppelung eines Ureters mit cystenartiger Vorwölbung des einen derselben in die Blase.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Bei einem 26jährigen, unter den Erscheinungen schwerster Cystitis zugrunde gegangenen jungen Manne fand sich bei der Sektion eine Verdoppelung des rechten Harnleiters, eine cystenartige Vorstülpung des einen derselben ohne Mündung in die Harnblase und eine Pyonephrose dieser Seite. Die Mißbildung des rechten Harnleiters faßt Verf. als die Folge einer doppelten Ausstülpung der Harnleiteranlage aus dem Wolff'schen Gange und des Ausbleibens der Öffnung des einen Harnleiters in die ursprüngliche Kloake auf.

Den Untergang der rechten Niere trotz der Durchgängigkeit des einen der beiden Harnleiter erklärt Verf. so, daß einmal das prall gespannte und ampullenförmig in die Blasenlichtung vorgetriebene Ende des blinden Harnleiters die nahe gelegene Mündung des anderen Harnleiters verlegte, sodann durch Zersetzung des im abgeschlossenen Harnleiter stagnierenden Urins eine Entzündung hervorgerufen wurde, welche bald auf das Nierenbecken und die Niere übergreifen mußte.

Blauel (Tübingen).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

// Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 25. Sonnabend, den 20. Juni. 1903.

Einseitige Ausschaltung des Duodenum bei perforierender Geschwürsbildung an der hinteren Wand des absteigenden Duodenalastes.

(Zu Dr. A. A. Berg's Artikel in Nr. 21 dieses Blattes 1903.)

Von

Dr. M. v. Čačković in Zagreb (Agram) in Kroatien.

Dr. A. A. Berg-New York empfiehlt in Nr. 21 dieses Zentralblattes 1903, bei perforierender Geschwürsbildung an der hinteren

Wand des absteigenden Duodenum »eine Gastrojejunostomie zu etablieren und den Pylorus durch eine Tabaksbeutelnaht abzuschnüren. Auf diese Weise werde das perforierte Duodenum vom Darmkanal einseitig ausgeschieden und damit das Austreten von Chymus durch die Duodenalfistel verhindert . . . . . Die Öffnung im Duodenum kommt nun, da das Durchsickern aufhört, durch Granulation schlechterdings zum Verschluß«.

In meiner Arbeit »Über Fisteln des Duodenum«, Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXIX Hft. 3, habe ich bereits dieses Verfahren in Vorschlag gebracht, was aus folgenden, hier wörtlich wiedergegebenen Ausführungen zu ersehen ist: »In der Behandlung der Fisteln des Duodenum kommt in Betracht die Duodenorrhaphie, die Gastroenterostomie und die Jejunostomie . . . . . Die Gastroenterostomie kann in einem solchen Falle gewissermaßen auch als radikale Operation aufgefaßt werden, besonders wenn auch der Pylorus verschlossen wird, da hiermit die Duodenalfistel ausgeschaltet und in solche Verhältnisse gesetzt wird, daß sie eventuell auch von selbst ausheilen kann. Wird neben der Gastroenterostomie nicht auch der Pylorus verschlossen, so könnte es geschehen, daß die Nahrung aus dem Magen nicht durch die Gastroenterostomie in den Darm, sondern durch den Pylorus zur Fistel geht. Der durch die Gastroenterostomie gesetzte Zustand ist als dauernd anzusehen und sie hat auch den Vorteil, daß sie die eventuelle Stenose des Duodenum umgeht, die sich an der Stelle der Fistel wohl bilden wird«.

In obiger Arbeit habe ich mich nicht über die Operationsmethoden verbreitet, wie auch kein Verfahren zum Verschluß des Pylorus angegeben. Die Tabaksbeutelnaht zu diesem Zwecke habe ich jedoch schon viel früher an einem anderen Orte vorgeschlagen. In der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte der Königreiche Kroatien und Slavonien in Zagreb vom 18. Juli 1902 berichtete ich über »einen Fall von hartnäckigem Reflux nach Gastroenterostomie«, in dem T. Wikerhauser auf meinen Vorschlag die Occlusion des Pylorus in folgender Weise vornahm, »daß durch die Seromuskularis eine fortlaufende Naht durchgeführt und dieselbe soweit zusammengezogen wurde, daß das Lumen ganz verengt war«. Es wurde bei dieser Gelegenheit auch der zuführende Darmschenkel zwischen Gastroenterostomieöffnung und der ($4^1/_2$ Monate vor dem Pylorusverschluß) wegen Circulus vitiosus ausgeführten Enteroanastomose des Jejunum auf gleiche Weise verschlossen. Der Kranke starb $1^1/_2$ Monate nach der dritten Operation, und es wurde bei der Sektion das Lumen des Anfangsteiles des Duodenum (in dieses kam die Naht für den Pylorusverschluß zu liegen) »für eine dicke Sonde durchgängig gefunden«. »Die Occlussion des zuführenden Schenkels ist vollkommen, man findet kein Lumen«. Ich führe dies auch an, um zu zeigen, daß wir in der Konstriktion durch Tabaksbeutelnaht ein durch Sektion kontrolliertes, einfaches und ungefährliches, sicheres und rasch ausführbares Verfahren zum vollkommenen Verschluß des Darmlumens haben.

1) **E. Payr.** Carl Nicoladoni †. Ein Nekrolog.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 1.)

P. widmet seinem am 3. Dezember 1902 zu früh unserer Wissenschaft entrissenen Lehrer einen von Dank und Verehrung erfüllten Nachruf. Er gibt neben kurzen biographischen Notizen eine Schilderung des vortrefflichen Charakters und eine Würdigung der wissenschaftlichen Bedeutung des Verstorbenen. Das Portrait sowie ein Verzeichnis der Arbeiten N.'s ist beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **T. Tuffier** et **P. Desfosses.** Petite chirurgie pratique.

Paris, **C. Naud,** 1903. 524 S.

Zweck des Buches ist, den Studierenden in gedrängter Kürze einen Überblick über die kleine Chirurgie zu geben. Es fehlen absichtlich fast alle längeren theoretischen Auseinandersetzungen, sowie die Angaben heut nicht mehr bräuchlicher Methoden. Ausführlich und mit zahlreichen praktischen Winken versehen ist das 1. Kapitel, »die Pflege des Kranken«. Hier werden die Reinigung des Kranken, die künstliche Ernährung, Katheterismus etc. anschaulich beschrieben und vor allem auch die Fehler, die man vermeiden soll, angegeben.

Daß T. lange bei der Narkose verweilt und hier die Cocainisierung des Rückenmarks allen anderen Methoden als gleichwertig an die Seite stellt, ist begreiflich. Der Name Bier findet keine Erwähnung.

Es will indes scheinen, daß T. heute in der Beurteilung der Ungefährlichkeit der Rückenmarksanästhesierung etwas zurückhaltender geworden ist. P. 287 empfiehlt er gegen die accidents foudroyants presque toujours mortels, qu'on a signalés .... vor allem die künstliche Atmung. Im letzten Kapitel wird die Pockenimpfung, Behandlung der Diphtherie und das Verhalten bei Hunde- und Schlangenbissen beschrieben.

Coste (Straßburg i/E.).

---

3) **W. Merkens.** Zur Krebsfrage. — Nach Beobachtungen an Mammatumoren.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 101.)

M. läßt sich auf Grund eigener Untersuchungen, die er als Assistenzarzt von Geh.-Rat Sonnenburg sowohl am normalen Brustdrüsengewebe wie an Brustgeschwülsten vorgenommen hat, allgemein über die Krebsfrage aus. M. kommt dabei zu originellen und, wie dem Ref. scheint, etwas befremdlichen, kaum genügend erwiesenen oder auch nur erweisbaren Anschauungen. »Im Anfang ihrer Entstehung ist jede Geschwulst mikroskopisch von gleichem resp. ähnlichem Bau wie das Muttergewebe und klinisch gutartig. Die weitere Entwicklung geschieht in der Weise, daß verschiedene ineinander übergehende Stadien durchgemacht werden, wobei die

Differenz gegenüber dem Muttergewebe immer mehr zutage tritt. Schließlich entstehen Geschwülste vom Bau der Karzinome und Sarkome, die klinisch durch destruierendes Wachstum und Metastasenbildung ihren bösartigen Charakter zu erkennen geben.« Danach geht, wie M. behauptet, eine Geschwulstform in die andere über. Man kann nicht sagen, wo das Adenom aufhört und das Karzinom beginnt, vielmehr ist ersteres die Jugendform des letzteren. Überhaupt kann M. einen prinzipiellen Unterschied zwischen gutartigen und bösartigen Geschwülsten, soweit ihre Bildung in Betracht kommt, nicht anerkennen. Der Entwicklungsvorgang ist durchaus derselbe, nur das Stadium der Entwicklung ist ein verschiedenes. In praktischer Beziehung aber hält M. nur das Fibroadenoma (Schimmelbusch) für gutartig, alle übrigen epithelialen Neubildungen der Brustdrüse krebsverdächtig, so daß sie mit Amputatio mammae zu behandeln seien. Eine Kontagiosität des Krebses will M. kategorisch verneinen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **Boas.** Über Karzinom und Diabetes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. p. 243.)

Bei dem gleichzeitigen Vorkommen von Karzinom und Diabetes ist es für den Chirurgen nicht weniger wichtig als für den Internen, über den Verlauf beider Erkrankungen und ihre gegenseitige Beeinflussung unterrichtet zu sein. Verf. hat deshalb vorwiegend auf Grund eigener Beobachtungen den Karzinomdiabetes einer genaueren Besprechung unterzogen. Er fand unter 366 Fällen von Intestinalkarzinomen 12 Fälle von Karzinom und Diabetes; allerdings war nur fünfmal der Diabetes zur Zeit der Beobachtung noch manifest. Für den Verlauf des Karzinoms ist dieser Umstand von Wichtigkeit, da es sich herausgestellt hat, daß es wesentlich darauf ankommt, ob das Karzinom auf einen floriden Diabetes stößt oder auf einen erloschenen bezw. im Erlöschen begriffenen. Im ersteren Falle ist der Verlauf des Karzinoms meist ein rapider, im letzteren entwickelt sich das Karzinom anscheinend viel weniger progressiv als gewöhnlich.

Die Neigung des Karzinoms selbst, Glykosurie oder Diabetes hervorzurufen, ist gewiß äußerst gering; selbst bei Karzinomen des Pankreas wird echter Diabetes selten beobachtet. Allemal ist er das primäre, das Karzinom das sekundäre Leiden. Zwei Kategorien von Fällen kann man unterscheiden: bei der einen setzt mit der Bildung des Karzinoms eine ganz überraschende, sonst schwer in dieser Reinheit zu beobachtende Toleranz gegen Kohlehydrate ein, bei der anderen bleibt bis zum Ende der Diabetes bestehen. Es wirkt also in einzelnen Fällen das Karzinom direkt als Antagonist, während der Diabetes in anderen davon ganz unbeeinflußt bleibt.

Hinsichtlich der Indikation zur Operation nimmt Verf. folgende Stellung ein: Bei Diabetikern ist selbst eine harmlose Operation mit großen Gefahren verbunden; trotzdem soll man in Fällen, in

welchen die Möglichkeit eines Radikaleingriffes vorliegt, zur Operation raten, wenn der Kräftezustand ein ausreichender ist und andere Komplikationen es nicht verbieten.

Zu berücksichtigen ist, daß selbst ein bereits erloschener Diabetes gefährlich werden kann, daß ein bis dahin latenter Diabetes unter dem Einflusse einer unter Umständen einfachen und kurzen Operation nicht bloß wieder zutage treten, sondern die schwersten Grade annehmen und durch Koma den Tod herbeiführen kann.

Kranke mit manifestem Diabetes soll man erst entzuckern und lieber auf die Operation ganz verzichten, als unter Bedingungen operieren, die einen ungünstigen Verlauf mit großer Wahrscheinlichkeit voraussehen lassen. Die Operationsprognose bei Diabetes mit Acetonämie muß ganz schlecht gestellt werden.

Langemak (Rostock).

---

5) **M. v. Brunn.** Über den primären Krebs der Extremitäten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. verwertete für seine umfangreiche und eingehende statistische Besprechung des primären Extremitätenkrebses 46 Fälle der v. B.'schen Klinik, darunter 20 bisher nicht veröffentlichte, ferner 99 Beobachtungen aus der Literatur, welche bisher bei Zusammenstellungen noch keine Berücksichtigung fanden und die 223 Fälle aus der Monographie von Rudolf Volkmann aus dem Jahre 1890, also insgesamt ein Material von 368 Einzelbeobachtungen. Besonders eingehend werden die neuen Fälle aus der Tübinger Klinik besprochen, welche durch genaue klinische Beobachtung und histologische Sicherstellung der Diagnose, sowie durch die über viele Jahre hinaus sich erstreckende Kontrolle der Pat. besonders wertvoll für die Bearbeitung des Krankheitsbildes waren.

Das Ergebnis der Untersuchungen war, daß das Karzinom der Extremitäten bei Männern häufiger die untere Extremität, bei Frauen auffallend häufig die obere Extremität befällt. Das meistens auf chronisch entzündlich verändertem Boden, seltener im Anschluß an einmalige Traumen entstehende Karzinom bildet sich in der Regel erst viele Jahre nach dem Beginn der primären Hautveränderung aus. Durchschnittlich verstreicht um so längere Zeit bis zur Karzinomentwicklung, in je jüngeren Jahren die primäre Hautveränderung einsetzte und umgekehrt. Die Prognose des Extremitätenkarzinoms ist eine verhältnismäßig gute; mehr als $^1/_3$ werden durch die Operation dauernd geheilt. **Blauel** (Tübingen).

---

6) **J. Mouchotte.** Hémimélie et amputation congénitale.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris 1903. Nr. 8.)

In der vorliegenden Abhandlung, der M. drei einschlägige Beobachtungen — über zwei Hemimelien und eine angeborene Amputa-

tion — zugrunde legt, kommt Verf. zum Schlusse, daß es sehr wohl möglich sei, mittels Skiagraphie diese beide Arten intra-uteriner Verstümmelung auseinanderzuhalten. Die Hemimelie beruhe auf Entwicklungshemmung; die Finger (Zehen) seien oft nur als kleine fibröse Anhänge kenntlich, zeigten jedoch vorzügliches Tast- und Empfindungsvermögen in allen Qualitäten, mitunter Beweglichkeit. Obgleich ihnen jede Andeutung von Knochen fehlen kann, so ist andererseits im Röntgenbild keinerlei plötzliche Absetzung der angrenzenden Knochenpartien zu erkennen, die vielmehr unmerklich als fibröse Ausläufer in die Anhangsgebilde übergehen. Zudem fehlt jede Andeutung von Narbe, wie man sie als Zeichen intra-uteriner Amputation durch Stränge des Amnios oder Nabelschnurumschlingung fordern muß und findet. Für die Entstehung der Entwicklungshemmung in diesen Fällen vermag M. keine Aufklärung zu geben. Syphilis, durch welche vielleicht eine Atrophie bestimmter Zellgruppen des fötalen Rückenmarks hätte bedingt sein können — Fall Gasne —, fehlt; er bleibt vorläufig auf den Druck des fehlerhaft entwickelten Amnios angewiesen.

Christel (Metz).

---

7) **Painter** and **Erving.** Lipoma arborescens.

(Boston med. and surg. journ. 1903. März 19.)

Sehr ausführliche Mitteilung von 7 Fällen. Verff. finden durch ihre Beobachtungen an diesen die Behauptungen Stieda's bestätigt daß: 1) Lipoma arborescens bei vielen chronischen Gelenkaffektionen vorkommt, 2) kein Lipom im eigentlichen Sinne (Neubildung), sondern Hypertrophie vorhandenen Gewebes ist, 3) veranlaßt wird durch chronische Entzündungen, manchmal durch Tuberkulose oder Arthritis deformans, 4) seinem pathologisch-anatomischen Aufbau nach eine Hyperplasie und fettige Entartung der Synovialzotten darstellt und histologisch das Bild chronisch entzündlichen Gewebes bietet, 5) am uneröffneten Gelenk die Diagnose unsicher, 6) die Prognose ohne Eingriff in Bezug auf Ausheilung und Gebrauchsfähigkeit ungünstig ist, 7) die Behandlung in Arthrektomie, bei gleichzeitiger Tuberkulose in Resektion zu bestehen hat.

Trapp (Bückeburg).

---

8) **R. Kienböck.** Über Knochenveränderungen bei gonorrhoischer Arthritis und akute Knochenatrophie überhaupt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 3 u. 4.)

Unter Zuhilfenahme pathologisch-anatomischer und mikroskopischer Studien gibt K. seine Anschauungen über das Wesen der akuten Knochenatrophie wieder, die durch einzelne Reproduktionen vorzüglicher Aufnahmen von erkrankten Handskeletten (für derartige Studien besonders geeignet) klar veranschaulicht werden.

Bei Verletzungen und Entzündungsprozessen an Extremitäten, sowohl bei Erkrankungen des Knochens (Frakturen, Osteomyelitis,

Gelenkstuberkulose) als auch der Weichteile (Kontusion, phlegmonöse Eiterung), seltener bei bösartigen Geschwülsten kann eine Veränderung am Skelett der Extremität auftreten, die gewöhnlich als »Inaktivitätsatrophie« des Knochens bezeichnet wird, besser aber als »akute Knochenatrophie« zu bezeichnen ist. Diese Erscheinung tritt ganz besonders auch bei schwerer gonorrhoisch-metastatischer Arthritis auf. Indessen kann man sie auch bei Verletzungen und akuten Erkrankungen des Nervensystems beobachten, sowohl peripheren (neurotische Knochenatrophie) wie zentralen Ursprungs (spinale Knochenatrophie). Meist ist es nur durch Skiagramm möglich, den Nachweis ihres Bestehens zu erbringen.

Pathogenetisch steht die akute Knochenatrophie in einer Reihe mit anderen trophischen Veränderungen, z. B. Muskelatrophie, Veränderungen der Gelenkkapsel, Rissigwerden der Nägel etc. Ihr Beginn ist zuweilen schon 4, 6 oder 8 Wochen nach Auftreten der Ursache zu konstatieren. Die dem primären Entzündungsherde benachbarten Skeletteile werden zuerst affiziert, dann erst die entfernteren, und zwar zunächst nur an den Spongiosen (Spongiosenatrophie, Gelenksatrophie): Aufhellung des Schattens mit Verschwommenheit der Kontur- und Strukturstriche, anfangs herdweise, d. h. fleckig, scheckig auftretend; erst später wird die verschwommene Aufhellung des Knochenschattens diffus, und das Strukturbild verschwindet fast völlig.

Aus dem skiagraphischen Befund ergibt sich schon, daß es sich um bedeutende Resorption der Kalksalze im Knochen handelt; bei der Sektion erweist sich der befallene Knochen weich, leicht zusammendrückbar und schneidbar, auch das Mark ist nicht mehr normal (Hyperämie); doch ist die äußere Gestalt des Knochens nur wenig verändert (»exzentrische Atrophie«). Mikroskopisch findet sich der Knochen hochgradig rarefiziert und halisteretisch.

Bei rascher Heilung des primären Erkrankungsherdes dauert die Erweichung der Knochenspongiosa nur einige Wochen, skiagraphisch findet man bald völlige Wiederherstellung.

Andernfalls schreitet der Prozeß weiter fort, das Spongiosagerüst wird noch weitmaschiger, auch die Diaphysencorticalis wird ergriffen (helleres und aufgefasertes Aussehen im Röntgenbild). Schließlich kann der Bandapparat erschlaffen, der Knochen deformiert, der Knorpel usuriert werden (Annäherung der Knochenschatten aneinander im Bilde) und es kann sich ein Zustand wie bei Osteoarthritis deformans mit Bewegungseinschränkung, Schmerzen, Krepitation ausbilden, dem die Exkreszenzen aus Knorpel und Knochen an Synovialis und Gelenksfläche nicht zu fehlen brauchen.

Anders verhalten sich die Dinge in einem schwer entzündlich, z. B. gonorrhoisch erkrankten Gelenke selbst. Hier sieht man z. B. an der Hand die verschwommene Schattenaufhellung an den Gelenksoberflächen der Karpalknochen beginnen, dann erst gegen das Innere der Spongiosa fortschreiten und bald mit einer völligen De-

struktion der Knorpelüberzüge einhergehen. Schließlich läßt sich Synostose der destruierten Gelenkteile, eine zusammenhängende Spongiosamasse erkennen.

Wenn dagegen der primäre Herd erst nach längerem Bestande ausheilt, so wird der Knochenschatten wieder dunkler — ohne seine normale Sättigung wieder zu erreichen —, es tritt eine neue, scharfe Spongiosazeichnung, wenn auch viel weitmaschiger auf, mitunter ist auch fast nur die Rindensubstanz als schärferer Konturstrich hervorgetreten.

Besteht an einer Extremität keine Entzündung, sondern ausschließlich Immobilität, dann tritt am Skelett keine akute Knochenatrophie auf.

Werden von der primären Erkrankung jugendliche Individuen befallen, so treten noch Wachstumsstörungen hinzu: langsames resp. nicht ausreichendes Längenwachstum, Zurückbleiben des Dickenwachstums des betr. Extremitätenkochens, Groß- aber Porotischwerden der spongiösen Gelenkenden.

Die Pathogenese der in Rede stehenden Erkrankung ist gleich jener der übrigen begleitenden trophischen Störungen noch nicht genügend aufgeklärt. Es scheinen als Vorboten fast immer zunächst Circulationsstörungen aufzutreten, wobei Vorgänge im Nervensystem, vielleicht reflektorische, eine wichtige Rolle spielen dürften.

Radiologisch-differentialdiagnostisch kommen beim malakischen Stadium der sekundären akuten Knochenatrophie in Betracht: Ostitis (bes. eitrige), Tuberkulose, Syphilis, Neubildung etc.

Hübener (Dresden).

---

9) **E. Merrins.** The aetiological significance of Heberden's nodes.

(New York. med. journ. 1903. Februar 14.)

Verf. berichtet über 27 Fälle von Auftreten von »Heberden's Knoten«. Dieselben stellen osteophytische Verbreiterungen der Köpfchen der Phalangen dar und befallen meist die zweite und dritte Phalangenreihe; die krankhaften Veränderungen in den anliegenden Gelenken sind meist nicht von denen bei einer Osteoarthritis zu unterscheiden und erweisen sich als eine Protrusion der Synovialmembran. Heberden hat diese Erkrankung schon im Jahre 1804 beschrieben. Bezüglich der Entstehung kommen Gicht, Autointoxikation, Alter, rheumatoide Arthritis etc. hauptsächlich in Betracht; die Heberden'schen Knoten sollen nicht mit Gichtknoten identisch sein; denn unter den 27 Fällen von M. sind nur zwei, die außerdem Gicht hatten; auch soll Gicht in Amerika sehr viel seltener als bei uns vorkommen; dagegen ist Osteoarthritis bei 19 Fällen zu konstatieren gewesen. Wichtig ist, daß die Erscheinungen fast ausschließlich (24mal) beim weiblichen Geschlecht auftraten, das durch die stärkere Inanspruchnahme der Fingergelenke beim Nähen etc. stärker disponiert erscheint; auch die drei Männer gehörten feineren

Berufsklassen an. Jedenfalls spielen auch vasomotorische Störungen eine Rolle. **Scheuer** (Berlin).

---

10) **M. Silbermark.** Zur Technik bei der Plombierung von Knochenhöhlen mittels der Jodoformknochenplombe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 589.)

11) **N. Damianos.** Beiträge zur operativen Radikalbehandlung der Kniegelenkstuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung der Jodoformplombe nach v. Mosetig.

(Ibid. Bd. LXVIII. p. 50.)

Beide Arbeiten interessieren durch ihre Mitteilungen über die v. Mosetig'sche Knochenplombierungen. Die Masse für dieselbe besteht aus Jodoform 60,0 und Spermazet nebst Sesamöl āā 40,0 Gewichtsteilen. Das Gemenge, bei gewöhnlicher Temperatur starr, beim Erwärmen sich verflüssigend, wird in die zu füllenden Knochenlücken hineingegossen. S. beschreibt zunächst einen eigens zur Asservierung der Plombenmasse konstruierten Behälter. Er besteht aus einem cylindrischen Doppelgefäß — ein Cylinder steckt beweglich in einem anderen, der innere enthält die Plombenmasse, beim Hantieren ist auf diese Weise die Sterilität des inneren Gefäßes mehr gesichert. Zum Ausschneiden der Knochenhöhlen (Sequesterladen, käsige Herde etc.) diente früher Hammer und Meißel. Jetzt ist in der v. Mosetig'schen Klinik eine elektromotorisch betriebene Kreissäge nach eigenen Angaben S.'s im Gebrauch. Die Hülse für den Bohrschlauch nebst rotierender Achse der Kreissäge ist mit einem derben, spitzwinklig angefügten Handgriff für die zweite Hand des Operateurs versehen, während die erste die Hülse hält, wodurch eine sehr sichere Sägenführung gewährleistet ist. Schließlich beschreibt S. noch einen neukonstruierten Heißlufttrockner, der zur Austrocknung der fertiggestellten Knochenhöhlen gebraucht wird. Diese Austrocknung ist, zugleich jede Blutung stillend, unerläßliche Vorbedingung für die genaue Sichanschmiegung der Plombe an die Knochenwände. Der Brenner ist analog dem von Holländer u. a. angegebenen konstruiert (ein Luftstrom streicht über einen elektrisch glühenden Platindraht), ist aber für seine Spezialzwecke dadurch eigens adaptiert, daß an seinem Endstücke verschiedentliche Kappen, bald kuglige, bald spitze aufgesetzt werden können, damit man alle Winkel und Nischen der Höhle mit der heißen Luft beblasen kann.

In der Arbeit von D. ist die Art und Weise besprochen, wie die Einheilung der Jodoformplomben in die Knochen stattfindet. Die in die Höhle gegossene und diese völlig ausfüllende Masse erstarrt etwa binnen einer Minute. Ihr weiteres Verhalten im Körper ist, da sie im Röntgenbild infolge ihres Jodoformgehaltes einen Schatten gibt, skiagraphisch weiter verfolgbar. Sie wird mit der Zeit kleiner und kleiner, um endlich spurlos zu verschwinden. Jedenfalls

wird sie durch die Granulation allmählich aufgezehrt und schließlich durch Narben- oder Knochengewebe ersetzt. Mehrere beigegebene Röntgenaufnahmen resezierter Knie belegen diese Beschreibung. D. teilt tabellarisch 22 Knieresektionen mit, in denen Jodoformplomben angewendet sind. In 9 Fällen konnte eine Nachuntersuchung in späterer Zeit stattfinden, wobei 6mal dauernde Ausheilung konstatiert ist.

Im übrigen tritt D.'s Arbeit auf Grund des einschlägigen reichhaltigen Materiales v. Mosetig's nachdrücklich für operative Behandlung der tuberkulösen Gonitis mit Arthrektomie, sei es synovialer oder ossaler Methode, ein gegenüber der in neuerer Zeit vielleicht allzu sehr in den Vordergrund gestellten konserativen Behandlung. Näher hierauf einzugehen wird hier verzichtet, da im wesentlichen die von v. Mosetig geübte Resektionstechnik sich kaum von der jedem Chirurgen geläufigen unterscheidet. Die Resultate waren befriedigend, und ist nur noch hinzuzufügen, daß die neueste Literatur über Knietuberkulose (von 1894—1902) in der Arbeit berücksichtigt und zum Schluß in einem 50 Nummern zählenden Verzeichnis zusammengestellt ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

12) P. Herzen. Über laterale Luxationen im Ellbogengelenk.

(Chirurgie 1903. März. p. 289. [Russisch.])

Genaue Messungen zeigten dem Verf., daß hinten der laterale Rand der Trochlea höher ist, als der mediale, vorn umgekehrt; die laterale Hälfte der Rolle ist hinten breiter, vorn schmäler als die mediale. Bei Flexion des Vorderarmes umfaßt die mediale Hälfte der Incisura semilunaris fest die mediale Hälfte der Trochlea, die laterale Hälfte der Incisur steht 4 mm außerhalb der Trochlea. Hingegen umfaßt bei Extension die laterale Hälfte der Incisur den lateralen Teil der Rolle, die mediale Hälfte steht 4 mm außerhalb der Trochlea. Dies ist sehr wichtig für den Mechanismus der lateralen Verrenkungen.

H. sah 2 Fälle von vollständiger lateraler Luxation. Fall 1: Mann, 41 Jahre alt, Hufschlag gegen die rechte Schulter. Condylus internus unversehrt. Leichte Einrichtung bei Extension und direktem Druck gegen den Vorderarm. Fall 2: Knabe von 15 Jahren, fiel auf den gestreckten Vorderarm. Operation nach 4 Monaten: medialer Condylus abgerissen, in der Fossa trochleae angewachsen, machte die Einrenkung unmöglich; erst nach Entfernung des Stückes gelang die Reposition. Heilung mit etwas beschränkter Beweglichkeit. Hier handelte es sich um Epiphysenabriß. In Fall 3 hatte der 25 Jahre alte Pat. eine vollständige Verrenkung nach außen. Eine schwere Kiste fiel auf den Vorderarm und drückte gleichzeitig auf den Oberarm und Kopf. Die Incisura semilunaris umfaßt die laterale Fläche des Humerus, der Ellbogenfortsatz ist nach außen gerichtet. Die Knochen des Vorderarms können am Humerus hinauf und hinab,

sowie nach vorn und nach hinten bewegt werden. Kleine Weichteilwunde an der medialen Seite. Leichte aber wenig standhafte Reposition. Am nächsten Tage Operation. Lig. mediale und Kapsel, sowie der M. brachialis int. zerrissen; Lig. laterale vom oberen Anheftungspunkt abgerissen; doch in Verbindung mit den tiefen Muskeln geblieben. Medialer Teil der Trochlea intakt. Lig. mediale und Muskeln mit Aluminiumbronze genäht. Trotz Eiterung und Fieber heilte die Wunde. Nach 3 Monaten Bewegungen zwischen 80 und 130° möglich. Nach Hoffa und Tillmanns gehört der Fall zu den Umdrehungsluxationen, was Verf. aber nicht anerkennt; letztere entsteht erst, wenn noch Rotation hinzukommt. Experimentell konnte H. leicht laterale Luxationen durch Hyperabduktion bei gewaltsamer Pronation und Flexion erzeugen, nicht aber durch Hyperextension und Supination. **Gückel** (Kondal, Saratow).

---

13) **Bardenheuer.** Ischias, ihre Behandlung mittels der Nevrinsarkoklesis, Einlagerung der Nerven in Weichteile und ihre Ursache.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 137.)

Auf der 1901er Naturforscherversammlung in Hamburg hat B. über 5 Fälle berichtet, in denen er eine hartnäckige Ischias dadurch zur Heilung gebracht hat, daß mittels einer Partialresektion des unteren Abschnittes der Synchondrosis sacroiliaca die Sakralnerven aus den sie einschließenden Sakrallöchern frei gemacht wurden, wobei der Anlaß zu diesem therapeutischen Versuche dadurch gegeben war, daß wiederholt nach Resektionen der Synchondrose wegen Tuberkulose vorher lange Zeit vorhanden gewesene ischiadische Neuralgien zum Schwinden kamen. Wir verweisen hierüber auf B.'s Selbstbericht in unserem Blatte 1901 p. 1244.

In vorliegender, breit ausgeführter Arbeit werden jene Fälle ausführlich mitgeteilt, namentlich auch hinsichts ihrer Anamnese bezw. Ätiologie, hiervon aber — und dies ist von allgemeinem wissenschaftlichem Interesse — eine sehr gründliche Betrachtung über die wahren, eigentlichen Gründe der Ischias und der Neuralgien überhaupt angeknüpft. Die interessanten und originellen Auseinandersetzungen gipfeln darin, daß in erster Linie Circulationsstörungen, und zwar venöse Hyperämie, als Ursache neuralgischer Schmerzen anzusehen seien, daß diese venöse Hyperämie aber überall dort, wo die affizierten Nerven enge und verhältnismäßig lange Knochenlöcher oder -Kanäle zu passieren haben, am ersten zustande kommen kann, und daß deshalb ein solcher Nervenverlauf durch enge Knochenlücken ätiologische Wichtigkeit hat. Des weiteren kommt für die venöse Stase die Schwerkraft in Betracht, insofern in aufrechter Stellung die Unterextremitäten und die untere Rumpfhälfte blutüberfüllter sind als die obere Körperhälfte, endlich auch traumatische

Momente im weitesten Sinne, so daß hier schon angestrengte Märsche oder Jagdpartien, Fahren auf holprigen Wegen, lange Eisenbahnfahrten, berufsmäßige Anstrengungen der Beine (z. B. bei der Schuhmacherei) etc. übler Folgen fähig sind, zumal in etwas höherem Alter, wo alle Gewebe an Elastizität einbüßen und insbesondere am Becken jede auch leichtere Körpererschütterung auf die Sakrallöcher und ihre Nerven sich wird geltend machen können. Großes Gewicht legt B. auch auf den Einfluß der vasomotorischen Nerven und der Nervi nervorum, die, bei traumatischer Beeinflussung ebenso wie bei Kompression in einem engen Knochenkanal gereizt oder auch vielleicht gelähmt, zur Erzeugung einer Hyperämie bezw. zu einer anfallsweisen Steigerung einer solchen bereits vorhandenen beitragen können. Desgleichen spricht für die Hyperämietheorie das Entstehen der Ischias durch Erkältung — Abkühlung und Anämisierung der äußeren Körperdecken, die umgekehrt Blutzustrom nach den inneren Organen zur Folge hat —, während andererseits die meisten therapeutischen Verfahren gegen das Leiden ihre Wirksamkeit einer Hyperämisierung nach außen, einer Blutableitung von innen ihre Wirksamkeit verdanken mögen, als Blasenpflaster, Jodeinpinselungen, prolongierte warme Bäder, Bettruhe, laxierendes Verfahren. Auch die Wirksamkeit der Ausmeißelung der Sakralnerven aus ihren Knochenlöchern führt deshalb B. darauf zurück, daß hiernach bessere erleichternde Verhältnisse für die Circulation in den die Nerven umhüllenden Venen geschaffen und die früher dort in manchen Fällen während der Operation nachweisbar gewesene »Hyperämie« beseitigt wurden. Alle diese Gesichtspunkte werden unter Berücksichtigung der einschlägigen anatomischen Verhältnisse des genauesten durchgesprochen und die Stichhaltung der hiermit belegten Hyperämietheorie für die Neuralgien auch an der Frequenzverteilung des Leidens auf die verschiedenen Cerebral- und Spinalnerven geprüft, wobei die bekannte Prädisposition der enge Knochenkanäle passierenden Trigeminusäste, sowie der Beinnerven im Vergleiche zu den Armnerven, ferner die Häufigkeit der Interkostalneuralgien nur hiermit gut harmonierend zu erachten sind.

Für den Praktiker sind außer den Krankengeschichten der B.'schen Fälle auch mancherlei Notizen B.'s über seine Therapie in leichteren Ischiasfällen, besonders die p. 196 zu findende Beschreibung der Operationstechnik für die »Nevrinsarkoklesis« der Hüftnerven von Interesse. Auch hat B. das der Operation zugrunde liegende Prinzip, diese »Einbettung der Nervenwurzeln in Weichteile«, auf andere Nerven übertragen und es bei einer Neuralgie des zweiten Trigeminusastes durchgeführt. Bei einem Ischiaskranken, der der Operation unterzogen wurde, wurde der interessante Befund eines gänseeigroßen Myxosarkoms des ersten Sakralnerven gemacht, welches gut exstirpiert werden konnte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

14) **Müller.** Über die obere Altersgrenze für die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 2.)

M. betont, daß eine Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung auch noch jenseits der bis jetzt angenommenen Altersgrenze von Erfolg gekrönt sein kann. So gelang es ihm, eine 15¼ Jahre alte Pat. mit linksseitiger Verrenkung völlig zu heilen. Auch bei zwei Pat. von 28 und 49 Jahren konnte er durch Apparatbehandlung noch erhebliche Besserung und Linderung der Beschwerden erzielen. M. schließt daraus — und darin müssen wir ihm wohl beistimmen —, daß neben der von Hoffa und Lorenz ausgebildeten Methode der Einrenkung in gewissen Fällen auch die Apparatbehandlung immer noch ihre Geltung hat. **Silberberg** (Breslau).

15) **Hoffa.** Zur Pathologie und Therapie einiger Kniegelenkserkrankungen.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 1.)

H. berichtet über drei sich sehr in ihren Symptomen gleichende Kniegelenksleiden:

1) Arthritische Muskelatrophie nach früherer Kniegelenksaffektion.
2) Dérangement interne des Kniegelenks.
3) Solitäres Lipom im Kniegelenk.

Die arthritische Muskelatrophie ist eine reflektorische, durch Reizung der Gelenknerven bedingte, nicht eine Inaktivitätsatrophie. Die Beschwerden im Knie entstehen dadurch, daß der schlaffe Quadriceps die Kniegelenkskapsel nicht gehörig spannt, so daß sich Falten derselben zwischen Kniescheibe und Femurkondylen oder zwischen Femur und Tibiakondylen einklemmen. Die Therapie besteht in Massage der Quadricepsmuskulatur. — Bei dem Dérangement interne handelt es sich um eine Meniscusabreißung; am häufigsten reißt die vordere Insertion des inneren Meniscus an der Tibia ab.

Der Befund bei dieser Affektion ist eine leichte Beugung im Kniegelenk und eine Rotation des Unterschenkels nach der dem abgerissenen Meniscus entgegengesetzten Seite. Wichtig ist auch der lokale Druckschmerz am abgerissenen Meniscus. Hinzutreten kann eine arthritische Muskelatrophie. Die Therapie ist operativ.

Die Lipome sitzen gewöhnlich an der inneren Seite des Gelenks und entwickeln sich aus dem subsynovialen Fett, vergleichbar den subperitonealen Lipomen. Als typischer Befund für ein Lipom ist aufzufassen eine Anschwellung dicht unterhalb und nach innen von der Patella, pseudofluktuierend, das Lig. patellae in die Höhe hebend, während das Gelenk sonst unversehrt ist. Auch hier ist nur eine operative Therapie wirksam. **Silberberg** (Breslau).

16) **König.** Kniegelenkstuberkulose. Abwartende Behandlung oder Operation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

Zwischen den Anhängern der konservativen und der operativen Therapie der Gelenkstuberkulosen ist bisher nur insofern eine Einigung erzielt worden, als die Vertreter beider Richtungen bei Kindern ein möglichst konservatives Verfahren anwenden. K. will in der vorliegenden Arbeit den speziellen Fachgenossen und den ärztlichen Kollegen die Tatsache ins Gedächtnis rufen, daß es Knochen- und Gelenkstuberkulosen gibt, die bei Erwachsenen in vorher zu bestimmender Zeit nicht ausheilen. An der Hand eines typischen Falles von Kniegelenksfungus bei einer 24jährigen Pat., den er in Form einer klinischen Besprechung demonstriert, tritt er für die Resektion der Gelenke ein unter Hinweis darauf, daß eine konservative Behandlung, die mindestens 2—3 Jahre dauert, nicht immer zum Ziele führt, häufig mit einer Resektion oder, weil nun der Prozeß schon zu weit vorgeschritten ist, mit einer Amputation endigt. Die Heilung durch eine Operation dagegen, welche auf Erhaltung der Bewegung verzichtet, ist mit geringen Ausnahmen sicher und zeitlich begrenzt.

Bei der Ausführung der Resektion hält K. eine exakte Blutleere für sehr wichtig.

Langemak (Rostock).

---

17) **F. Hofmeister.** Über Verkrümmungen des Beines nach Kniegelenkresektion im Kindesalter.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die von Verf. an dem Material der Tübinger chirurgischen Klinik angestellten statistischen Untersuchungen ergaben, daß sekundäre Flexionskontrakturen nach Kniegelenksresektion bei Pat., welche zur Zeit der Operation das 14. Lebensjahr überschritten haben, nicht mehr vorkommen; dagegen stellen sie im Kindesalter einen praktisch bedeutungsvollen Folgezustand der Resektion (und Arthrektomie) dar, dessen Eintritt mit um so größerer Sicherheit zu erwarten ist, je jünger das Kind zur Zeit der Operation war.

Die zur Verwertung gekommenen 107, im Alter von 3 bis 13 Jahren operierten Fälle, über welche in dem Zeitraum von 1 bis 17 Jahren nach der Operation durch Nachuntersuchungen oder schriftlichen Bericht ein Urteil gewonnen werden konnte, weisen an Geradheilungen 27,1%, an Verkrümmungen mäßigen Grades (140—160°) 28% und an schweren Verkrümmungen (130° und weniger) 44,9% auf.

Auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen mittels Röntgenstrahlen unterscheidet Verf. zwei Formen von Verkrümmungen:

1) winklige Knickungen an der Stelle der früheren Gelenkspalte und

2) bogenförmige Krümmungen des unteren Femurendes.

Der Femurepiphysentibiawinkel gibt den mathematischen Ausdruck für die Flexion an der Resektionsstelle, der Richtungswinkel der unteren Femurepiphyse (der Winkel, welchen die Epiphysenlinie mit dem oberen gerade gebliebenen Teil des Femur bildet) ist der Maßstab für die Krümmung des Femur.

Die Ursache der Krümmung an der Resektionsstelle ist in der mangelhaften Konsolidation der bindegewebigen oder knorpeligen Synostose zu suchen. Eine Erklärung für die Verkrümmung am Femurknochen sieht Verf. in der physiologischen Weichheit der Epiphysenlinienbezirke bei abnormer Beanspruchung dieser weniger resistenten Teile.

Von den Kräften, welche die Flexionsstellung herbeiführen, stellt Verf. durchaus die Zugwirkung der Beugemuskulatur in den Vordergrund. Vorbedingung für das Zustandekommen dieser Wirkung ist eine feste Verschmelzung der Gelenkenden, wodurch ein langer Hebelarm geschaffen wird, an welchem die Beugegewalten angreifen.

Therapeutisch komme bei fester knöcherner Winkelankylose an der Resektionsstelle und bei Bogenkrümmung am Schaft nur die blutige Trennung der Knochen in Betracht. Für diejenigen Fälle, wo die Flexion noch in der Hauptsache auf die Epiphysengegend lokalisiert ist und wo das Röntgenbild und das Alter des Pat. noch eine knorpelige Epiphysenfuge erwarten lassen, möchte Verf. eine traumatische Epipysenlösung durch Steigerung der Flexion empfehlen mit anschließender Durchtrennung der Beugemuskulatur. Für besonders wichtig hält Verf. aber eine prophylaktische dauernde operative Ausschaltung des Einflusses der Beugemuskulatur auf den Unterschenkel durch Verlagerung der Flexoreninsertionen an den Oberschenkel.

Für Kinder bis zum 8. Lebensjahre empfiehlt Verf. diese Operation prinzipiell im Anschluß an die Resektion auszuführen. Vom 8. Jahre an aufwärts möchte er ein zuwartendes Verfahren bevorzugen.

Blauel (Tübingen).

---

18) **Osgood.** Lesions of the tibial tubercle occurring during adolescence.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Januar 29.)

Die Tuberositas tibiae entwickelt sich vom Epiphysenknorpel aus gewöhnlich als zungenförmige, dem Schaft vorgelagerte Spange, manchmal aus einem besonderen Knochenkern. Zur Zeit der Pubertät ist der knöcherne Teil noch durch Knorpellage vom Schaft getrennt, und die mechanischen Bedingungen: Ansatz der Sehne der stärksten Muskelgruppe des Körpers, macht ihn empfänglich für eine Trennung vom Schaft durch gewaltsame plötzliche Zusammenziehung dieser Muskeln. Da gerade in diesem Alter solche Bewegungen bei Spiel und Turnen häufig vorkommen, werden die Trennungen der

Tuberositas gerade in dieser Zeit beobachtet und auch da nur bei sonst sehr kräftigen Knaben. Es kommen einfache Lockerungen, aber auch völlige Losreißungen der ganzen Apophyse vor, letztere selten; häufiger sind Losreißungen kleiner Splitter. Die klinischen Erscheinungen bestehen in starkem Schmerz an der Stelle der Verletzung; Funktionsverminderung, selten Aufhebung; Erguß ins Kniegelenk; selten, bei völliger Losreißung, Hochstand der Kniescheibe. Bei unrichtiger Behandlung infolge falscher Diagnose besteht lange Zeit Schmerz und verminderte Gebrauchsfähigkeit; die Prognose ist gut, selbst bei unrichtiger Behandlung, nur ist sie dann in Bezug auf die Dauer schlechter. Die Behandlung besteht in Heftpflasterverbänden, später Wickelungen. — Bei Durchleuchtung sind beide Kniee aufzunehmen, und zwar sehr genau in gleicher Stellung und mit Einstellung der Röhre genau auf gleiche Punkte; auch ist daran zu denken, daß zwischen Schaft und Knochenkern stets noch Knorpellager sich befinden.

Trapp (Bückeburg).

---

19) **C. Lauenstein.** Beitrag zu der Frage der Spiralfrakturen des Unterschenkels nebst Beschreibung einer typischen Form des Spiralbruches beider Knochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 455.)

Die Arbeit, der wir ihres interessanten Inhaltes wegen recht viele Leser wünschen, basiert auf dem reichen Frakturenmaterial des Hamburger Hafenkrankenhauses. In demselben sind vom Sommer 1900 bis November 1902 im ganzen 359 Frakturen langer Röhrenknochen und speziell 184 Unterschenkelbrüche beobachtet. Dank der jedesmal angewendeten Röntgenuntersuchung wurden hierunter im ganzen 32 Spiralfrakturen erkannt, von denen speziell auf den Unterschenkel 25 entfallen. Diese letzteren werden unter Mitteilung kurz gefaßter Krankengeschichten und von Skizzen der Röntgenbefunde genauer durchgesprochen, wobei sich folgende Gruppen ergaben: I. Spiralbruch beider Unterschenkelknochen, der Tibia unten, der Fibula oben, Fall 1—15. II. Isolierte Spiralfraktur der Tibia, Fall 16—20. III. Supramalleolarspiralfraktur beider Knochen, Fall 21—23. IV. Fraktur des Malleolus int. und Spiralfraktur der Tibia. Am interessantesten ist in allen Fällen die Untersuchung über den Mechanismus der Entstehung dieser Brüche, und in dieser Beziehung ist die erste Gruppe am durchsichtigsten.

Ohne Ausnahme verläuft nämlich ausweislich der Röntgenbilder hier die Bruchspirale am rechten Bein linksgewindig, am linken rechtsgewindig, woraus zu schließen, daß das rechte Bein stets links, das linke stets rechts torquiert, oder mit anderen Worten in jedem Falle der Fuß nach außen gedreht wurde. Die in einem Teile der Fälle leidlich sicher aufnehmbare Anamnese stimmt hiermit insofern, als vorauszusetzen ist, daß der Fuß der gebrochenen Extremität fixiert war, während der Rumpf im Momente des Fallens oder Aus-

gleitens eine Drehung nach der Seite des anderen Fußes ausführte. Durch diesen »Drehschwung« ist der Gewindeverlauf dieser Spiralfrakturen entsprechend den hier wirkenden mechanischen Gesetzen einwandsfrei erklärt. Ebenfalls hiermit stimmt, daß diese auf Grund der L.'schen Beobachtungen in der Tat als typisch anzuerkennenden Spiralfrakturen der Tibia unten und gleichzeitig der Fibula oben meist durch eine Auswärtsrotation des Fußes sich auszeichnen. Übrigens ist, um sie im Röntgenbilde zu erkennen, natürlich eine genügend große, den ganzen Unterschenkel wiedergebende Platte notwendig. Bezüglich der anderen Bruchgruppen, die mechanisch weniger eindeutig zu erläutern waren, verweisen wir auf das Original, woselbst auch die Angaben über durchschnittliche Heilungsdauer etc. ersehen werden mögen. Nur das sei noch hinzugefügt, daß ein großer Teil der Spiralbruchkranken angetrunken war, woraus L. auf eine Prädisposition der Trunkenen für diese Bruchformen schließt, und daß die Prognose der letzteren sich keineswegs als so schlecht herausgestellt hat, wie sie früher z. B. von Kröll geschildert ist. In therapeutischer Beziehung scheint dem Ref. das L.'sche Verfahren, kleine von perforierten Knochenspitzen gesetzte Hautstichwunden mittels Atmokausis aseptisch zu machen, sehr nachahmenswert. Was die einschlägige Literatur betrifft, so ist Zuppinger in einer von L. sehr lobend erwähnten Arbeit vom Jahre 1900 (d. Blatt 1900 p. 1053) zu ganz ähnlichen Resultaten gelangt wie L.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

Adrenalin und Lokalanästhesie.

Von

Dr. F. Honigmann in Breslau.

In einer Reihe hochinteressanter Versuche hat H. Braun[1] nachweisen können, daß der Zusatz einer überaus geringen Menge von Adrenalin oder adrenalinhaltigem Nebennierenextrakt die örtlich anästhesierende Wirkung von Cocainlösungen enorm steigert, derart, daß verdünnte Cocainlösungen ebenso, oder vielmehr noch stärker wirken, als sehr konzentrierte Lösungen ohne diesen Zusatz. Verdünnte Cocainlösungen mit Adrenalinzusatz anästhesieren weit über die Zone der direkten Infiltration hinaus und unterbrechen die Leitungsfähigkeit von Nervenstämmen, wenn sie in ihre Nachbarschaft injiziert werden. Gleichzeitig wird die Dauer der Cocainanästhesie um das vielfache verlängert, während andererseits die Toxizität des Cocains durch die gleichzeitige Anwendung von Adrenalin vermindert wird. Alle diese Vorteile sind der lokalanämisierenden Wirkung des Adrenalins zu danken, durch welche die Vitalität des Gewebes herabgesetzt und die Resorption des eingespritzten Alkaloids verlangsamt wird.

Das Nebennierenpräparat wirkt demnach in gleichem Sinne wie die Esmarch-sche Blutleere, deren man sich ja längst zur Unterstützung der lokalanästhesierenden Wirkung bei dem Schleich'schen und Oberst'schen Verfahren etc. bedient hat.

---

[1] Archiv für klin. Chirurgie Bd LXIX. p. 541.



Kürzlich empfahl auch Foisy[2] die Anwendung des Adrenalins zur Anästhesierung entzündeter Gewebe. Er verwendet folgende Lösungen:

Solut. Cocain. (1 : 200) 10,0 ccm,
Adrenalin hydrochl. (0,1 : 100) gtt. X;

bei Notwendigkeit großer Inzisionen oder der Entfernung kranken Gewebes:

Solut. Cocain. (1 : 200) 20,0—25,0 ccm,
Adrenalin gtt. XIII—XV;

endlich bei Panaritien und Furunkeln:

Cocain (1 : 100) 1 cm,
Adrenalin gtt. IV—V.

Die von Foisy geschilderte Injektionstechnik entspricht der Schleich'schen Infiltration. Sehr rasch nach der Injektion trete Anämie ein und nach 3—4 Minuten Anästhesie. Er empfiehlt vorsichtiges, schichtweises Operieren unter Vermeidung jeder starken Zerrung, Unterbindung aller sichtbaren Gefäße und Anlegung eines komprimierenden Verbandes wegen der nach Abklingen der Adrenalinwirkung auftretenden Nachblutung.

Besonders durch die experimentellen und klinischen Beobachtungen H. Braun's wurde ich angeregt, im Laufe des letzten Vierteljahrs bei ca. 40 Fällen den Einfluß des Adrenalins auf die lokalanästhesierende Wirkung des Cocains bezw. β-Eucains[3] zu prüfen. Ich verwendete ausschließlich das von Parke, Davis & Co. in London hergestellte Präparat, das in dunklen, mit Glasstopfen verschlossenen Fläschchen von ca. 30 g Inhalt in den Handel kommt.

Die Zusammensetzung der Lösung ist folgende:

Adrenalin. hydrochlor.	0,1
Natrii chlorat.	0,7
Chloreton	0,5
Aq. dest.	100,0.

Die nötigen Verdünnungen wurden fast immer direkt vor dem Gebrauche hergestellt und durch 5 Minuten langes Aufkochen sterilisiert[4]. Bei Anwendung der Schleich'schen Infiltrationsanästhesie setzte ich nach Braun's Vorgange zu 100 g der 0,1%igen β-Eucainlösung 1 ccm obiger Adrenalinlösung zu. Beim Gebrauche ½- oder 1%iger Cocainlösungen fügte ich in der ersten Zeit zu 10 ccm der Lösung nur 3—6 Tropfen Adrenalinlösung; später aber folgte ich auch hier dem Beispiele Braun's und erhöhte den Zusatz auf 3 Tropfen pro 1 ccm Lösung, da ich bei geringeren Adrenalinmengen gelegentlich keinen genügenden anämisierenden Effekt zu erzielen glaubte.

Üble Nebenwirkungen auf den Allgemeinzustand der Kranken oder auf den Verlauf des örtlichen Prozesses, besonders auf die Wundheilung, habe ich in keinem einzigen Falle beobachtet. Allerdings wurde die Dosis von 1 mg Adrenalin niemals überschritten, meist sogar weniger als ½ mg des so wirksamen Präparates gebraucht. Zu anderen Vorsichtsmaßregeln, wie sie Foisy empfiehlt (horizontale Lagerung während und mehrstündige Rückenlage nach der Operation) sah ich mich im allgemeinen nicht veranlaßt, zumal ich die Methode meist bei ambulanten Kranken anwandte. Eingriffe an der oberen Extremität wurden auch in sitzender Stellung gut vertragen, bei allen übrigen Operationen habe ich ohnehin von je die horizontale Lage des Pat. vorgezogen.

Der erste Fall, bei dem ich mich zur Anwendung des Adrenalins entschloß, betraf einen Herrn mit einer langen, engen, kallösen Urethralstriktur. Die Harnröhrenschleimhaut war enorm empfindlich und selbst nach Einspritzung von Eucain scheiterte die erfolgreiche Bougierung an der großen Schmerzhaftigkeit, die noch tagelang nach jedem Bougierversuche anhielt. Das Adrenalin erwies sich hier von

---

[2] Presse méd. 1903. März 25.

[3] Mit Tropacocain machte ich keinen Versuch, da nach Braun das Adrenalin beim Zusatz dieses Präparates seine gefäßverengernden Eigenschaften verliert.

[4] Die Lösungen nehmen beim Kochen, ebenso bei längerem Stehen eine rosa Färbung an.

großem Vorteile. Ein Zusatz von 1 ccm Adrenalinlösung auf 10 ccm der 5%igen β-Eucainlösung bewirkte, daß 5 Minuten nach der Injektion die Einführung des Bougies schmerzlos erfolgte, und daß auch jeder erheblichere Nachschmerz fortblieb[5].

Zur Schleimhautanästhesie habe ich nur noch in einem weiteren Falle das Adrenalin angewendet, nämlich bei Exzision der Außenwand einer Zahncyste. Vor und hinter dem Tumor wurden je 1 ccm einer 1%igen Cocainlösung (mit Zusatz von 4 Tropfen Adrenalinlösung auf 10 ccm Flüssigkeit) unter die Gingivalschleimhaut injiziert. Die Schleimhaut wurde sofort schneeweiß, und die Operation konnte nach wenigen Minuten völlig schmerzlos ausgeführt werden.

Ferner wandte ich in zwölf Fällen von Schleich'scher Infiltrationsanästhesie das Adrenalin an.

Es handelte sich dabei um die Exstirpation kleinerer Geschwülste, eine Fingerexartikulation, Eröffnung und Auskratzung von Drüsenabszessen, Operation einer Sehnenscheidentuberkulose am Fuße, Eröffnung eines parametritischen Abszesses, Sehnennähte etc.

Die Vorzüge des Adrenalins machten sich dabei nach zwei Richtungen geltend, einmal durch die Anämisierung der Gewebe, welche jedenfalls erheblicher ist, als die durch die Infiltration allein bedingte, und ferner in der verlängerten Dauer der Anästhesie. In einem Falle von Sehnennaht hatte ich die Nicaise'sche Binde vor der Operation angelegt, da die Stümpfe sehr weit retrahiert waren und eine vollkommene Blutleere zur leichteren Übersicht erwünscht schien. Da aber der Pat. durch den Druck der Gummibinde sich sehr belästigt fühlte, nahm ich sie nach Fixierung der Sehnenenden ab und tamponierte einige Minuten die Wunde, um ohne Esmarch'sche Blutsparung die Operation zu vollenden. Es zeigte sich nun aber auch nach Entfernung des Tampons die Wunde fast blutleer. Eine heftigere Nachblutung sah ich weder in diesem, noch in einem anderen Falle nach Adrenalin auftreten. Allerdings ist die durch Adrenalin bewirkte Anämie nicht etwa imstande, die Esmarch'sche Blutleere zu ersetzen. Abgesehen davon, daß mittlere und größere Gefäße durch das Mittel — wenigstens in den von mir angewandten Konzentrationen — nicht zur Konstriktion gebracht werden, so erstreckt sich auch die Anämie nur auf die Zone der Injektion oder höchstens deren unmittelbare Nachbarschaft. Läßt man bei der Oberst'schen Anästhesie den Gummischlauch beiseite und fügt statt dessen Adrenalin der Cocainlösung zu, so wird man bei Injektion an der Fingerbasis zwar eine weiße Verfärbung der Haut am Grundglied und teilweise am Mittelglied bald wahrnehmen, am Endglied aber ein cyanotisches Aussehen bemerken und bei der Inzision — namentlich, wenn es sich um entzündetes Gewebe handelt — eine unverminderte Blutung hervorrufen. Ich habe daher nach wenigen Versuchen Abstand genommen, bei der Oberst'schen Anästhesie von dem Adrenalinzusatz Gebrauch zu machen, da der anästhetische Effekt des Verfahrens bei Applikation der elastischen Abschnürung gleich gut, die Blutleere aber sicherer und vollständiger hergestellt wird.

Nur bei Operationen am Penis fand ich die Adrenalinwirkung hinreichend verläßlich und dabei angenehmer für den Pat., als die Anlegung des Gummischlauches.

Mit größtem Vorteil habe ich von dem Adrenalin bei Eingriffen Gebrauch gemacht, die die Anwendung der Esmarch'schen Blutleere nicht zulassen, also am Kopfe, Hals und Stamm.

Wenn ich mich in früherer Zeit an diesen Körpergegenden zur Lokalanästhesie ausschließlich der Schleich'schen Infiltrationsmethode bediente, sehe ich nunmehr der subkutanen Anwendung 1/2—1%iger Cocainlösung ein weiteres Feld eröffnet. Die Hackenbruch'sche »circuläre Analgesie« hatte mir früher mehrfach

---

[5] Auch v. Frisch (Wiener klin. Wochenschrift 1902 Nr. 31) hat bei der Entrierung von Harnröhrenstrikturen, sowie bei schwierigem Katheterismus von Prostatikern vorgängige Instillation von Adrenalin bewährt gefunden.

so unvollkommene Resultate ergeben, daß ich ihre Anwendung auf seltene Fälle beschränkte. Kombiniert mit Adrenalin hat sie sich jedoch mir höchst brauchbar erwiesen. Nicht nur, daß ich z. B. einen talergroßen Nackenkarbunkel auf diese Weise ganz schmerzlos und fast ohne einen Tropfen Blutverlust mit dem Paquelin kreuzweise breit inzidieren konnte, nicht nur, daß ich bei mehrfachen Fällen von kleineren Tumoren und circumscripten Eiterprozessen an Hals, Brust etc. das gleiche Resultat erzielte — ich konnte auch in zwei Fällen komplizierterer Lymphomoperationen am Halse eine durchaus befriedigende Anästhesie erzielen und dabei eine Verminderung der Blutung, welche die Übersichtlichkeit des Eingriffes in hohem Maße zu fördern schien.

Der eine Fall betraf einen schwächlichen Herrn mit Mitralfehler, bei dem eine zentrale Narkose nicht unbedenklich gewesen wäre. Die Operation war wegen Fistelbildung unumgänglich. Die völlig verkästen Drüsen lagen so tief, daß, um sie zugänglich zu machen, die quere Durchtrennung des Kopfnickermuskels nötig war. Es wurden im ganzen 5 ccm einer 1%igen β-Eucainlösung mit Zusatz von 3 Tropfen Adrenalinlösung verbraucht, und zwar sowohl subkutan als subfascial injiziert; letzteres geschah im Verlauf der Operation. Die Schmerzlosigkeit, die 5—10 Minuten nach der Injektion auftrat, war eine vollkommene, die Blutung sehr geringfügig.

Ermutigt durch diesen Erfolg wandte ich das gleiche Verfahren mit gleich gutem Ergebnis in einem zweiten Falle an; es handelte sich um ein mit der Umgebung verwachsenes Drüsenpaket am Kieferwinkel. Dabei wurden 4 ccm einer 1%igen Cocainlösung mit Zusatz von 12 Tropfen Adrenalinlösung verbraucht.

Die Ausführung der Lokalanästhesie nach diesem Verfahren (subkutane Einspritzung circulär um den Krankheitsherd) hat nicht nur ihrer einfacheren Technik wegen einen erheblichen Vorzug vor der Schleich'schen Infiltration, sondern sie gewährt auch eine weit größere Übersichtlichkeit, da die störende Ödemisierung des Gewebes fortfällt. Gebraucht man 0,5%ige Cocainlösungen, so wird man selbst bei ausgedehnteren Krankheitsherden die Maximaldosis nie zu überschreiten brauchen, abgesehen davon, daß nach Braun's Untersuchungen die Giftigkeit des Cocains durch das Adrenalin vermindert wird.

Es liegt mir übrigens durchaus fern, etwa für alle Halsdrüsenoperationen die Lokalanästhesie empfehlen zu wollen. Wo aber eine Kontraindikation gegen die Narkose vorliegt — und das kann bei lymphatischen Individuen nicht selten der Fall sein —, wird meiner Ansicht nach die gleichzeitige Anwendung von Adrenalin und Cocain die Ausführung des Eingriffes unter Lokalanästhesie nicht unwesentlich erleichtern.

Ebenso scheint es mir aussichtsreich, bei der Strumaoperation, die ja heute von vielen Chirurgen ohne Narkose ausgeführt wird, die kombinierte Adrenalin-Cocainanästhesie anzuwenden. Die lokale Anämisierung dürfte sich gerade bei diesem blutigen Eingriffe, namentlich auch bei Basedowstrumen, vorteilhaft erweisen. Persönliche Erfahrungen hierüber zu erwerben, fehlte mir allerdings bisher noch die Gelegenheit.

---

20) S. F. Derjushinski. Über Pneumonie nach Operationen.

(Chirurgie 1903. Februar. [Russisch.])

D. studierte das Material von fünf Moskauer und einer Petersburger Klinik und fand nach 4946 Operationen 43 Pneumonien (0,8% mit 0,4% Mortalität). In 7 Fällen handelte es sich um hypostatische Pneumonie, in 6 um kruppöse, in 14 um katarrhalische und grippöse, in 13 um septische Pneumonie und in 3 um Lungengangrän. Die meisten Pat. waren über 45 Jahre alt. 9mal trat die Pneumonie nach Laparotomien auf, 7mal nach Herniotomien (3 eingeklemmte Brüche), 4mal nach Mammakarzinom, 8mal nach Operationen an Lippen und Hals, 6mal am Uterus, 9mal nach Operationen an anderen Stellen. D. möchte 3 Gruppen postoperativer Pneumonie unterscheiden: Pneumonien infolge der Narkose, Infektionspneumonien (kruppöse, grippöse, septische, gangränöse); endlich hypostatische Pneumonien. Von seinen 43 Fällen litten 3 vor der Operation an Bronchitis und

Emphysem, 3 Pat. konnten Speisepartikel aspiriert haben, in 13 Fällen wurde Streptokokkeninfektion festgestellt. In diesen 19 Fällen war also der Zusammenhang zwischen Pneumonie und Operation bewiesen. D. spricht sich für die von Gerulanos und Henle empfohlenen Maßregeln zur Verhütung der Pneumonie nach Operationen aus. **Gückel** (Kondal, Saratow).

21) E. Djatschenko. Ein Fall von Phlegmone, hervorgerufen durch den Diplokokkus Talamon-Fränkel's ohne Pneumonie.

(Boln. Gazeta Botkina 1903. Nr. 5. [Russisch.])

Ein 17jähriger Schlosser kam mit Phlegmone der linken Axillargegend ins Hospital. Nach 9 Tagen konnte inzidiert werden; im spärlichen weißlichen Eiter fand man Talamon-Fränkel's Diplokokken in Reinkultur. Keine Pneumonie; Milz etwas vergrößert, an der Hand für kurze Zeit rote Flecken — das Virus war also ins Blut geraten. Die Phlegmone verbreitete sich nach und nach auf die ganze linke Brustseite, zum Teil auf den Rücken, unter den Pectoralis major, auf die Innenfläche des Oberarmes und erforderte mehrfache Inzisionen. Nach 2 Monaten fast geheilt. **Gückel** (Kondal, Saratow).

22) S. D. Varona. Ein schwerer Fall von Maul- und Klauenseuche beim Menschen.

(Revista de med. y cirurg. pract. de Madrid Nr. 762.)

S. hat einen Fall dieser in unseren Breiten nur sehr spärlich beobachteten Erkrankung gesehen, der infolge der sehr genauen Wiedergabe aller Krankheitserscheinungen kasuistisches Interesse bietet. Die 38jährige Kranke litt einige Tage lang an heftigen Kopfschmerzen, Gefühl von Übelkeit, Schmerzen in der Nabelgegend, heftigen lancinierenden Schmerzen in den Beinen, und hatte des öftern Frost. Nach diesen allgemeinen Erscheinungen war plötzlich eine starke Schwellung der Lippen und der Zunge aufgetreten, das Schlucken war fast unmöglich geworden, und Anfälle von Atemnot waren hinzugekommen. Nunmehr wurde der Arzt geholt, der folgenden Status aufnehmen konnte, den wir in den Hauptpunkten wiedergeben: Gesicht stark gerötet, Temperatur 39,2, Pulsfrequenz 108, Atemfrequenz 30 in der Minute. Es besteht reichliche Transpiration; die Atmung wird zuweilen dyspnoisch, und die exspirierte Luft hat einen unerträglich stinkenden Geruch. Objektiv läßt sich an den Brustorganen keine Veränderung nachweisen. Der Bauch ist besonders unterhalb des Schwertfortsatzes und in den Fossae iliacae auf Druck sehr schmerzhaft, seine untere Partie ist stark eingezogen. Der Urin wird spärlich entleert und ist sehr trüb; beim Urinieren selber treten hin und wieder Schmerzen auf. Was nun die hauptsächlichsten Krankheitssymptome betrifft, so bestand eine hochgradige ödematöse Schwellung der Lippen; in gleicher Weise war auch die Zunge stark geschwollen, und die ganze Mundhöhle war mit bläschenartigen, konfluierenden Eruptionen bedeckt, die sich auch auf den Rachen ausdehnten. Eine Bewegung des Mundes, und also auch das Sprechen war fast unmöglich. Der Schluckakt war in gleicher Weise erschwert. Weiter bestand eine ödematöse Schwellung der ganzen vorderen Halsgegend, die sich seitlich bis hinter die Ohren erstreckte. In den seitlichen Halspartien waren stark vergrößerte, schmerzhafte Drüsenpakete fühlbar.

Eine weitere sehr auffällige Veränderung zeigten die Hände: in der Umgebung sämtlicher Fingernägel bestanden bläschenförmige Ausschläge, die sich über den Handrücken fortsetzten und in der Hohlhand konfluierten. Am stärksten ergriffen waren der Mittel- und Zeigefinger der rechten und der Zeigefinger und Daumen der linken Hand. Beide Arme waren im übrigen vollkommen frei. Die Füße waren mit Ausnahme von drei oder vier kleinen Bläschen an der einen großen Zehe ganz frei. Da in der Gegend, in der der Kranke lebte, zu jener Zeit Fälle von Maul- und Klauenseuche nicht lange vorher beobachtet worden waren, so wurde die Diagnose auf Übertragung dieser Krankheit auf den Menschen gestellt. In den folgenden Tagen verschlimmerte sich der Allgemeinzustand noch, indem

das Fieber über 40° in die Höhe ging, doch blieb die Herzaktion immer verhältnismäßig gut, so daß eine Gefahr für das Leben direkt nicht bestand. Vom 5. Tage an sank das Fieber und die Schwellungen ließen nach. Zugleich brachen die im Munde bestehenden Blasen auf, und es bestanden an den betreffenden Stellen nunmehr größere oder kleinere Geschwüre. Die Einziehung des Bauches ließ nach; dafür trat aber eine stinkend riechende Diarrhöe mit wasserartigen Stühlen auf. Am 16. Tage hatte der Kranke nur noch Beschwerden von dem stark geschwollenen Drüsenpaket auf der rechten Halsseite. Die Therapie war mangels eines spezifischen Heilmittels rein symptomatisch gewesen und hatte neben einer sachgemäßen Diät in der Darreichung von Salol und Benzonaphthol bestanden. Außerdem waren Darmirrigationen und Waschung der mit Blasen bedeckten Teile mit Äther in Anwendung gezogen worden.

Was die Ätiologie der Krankheit betrifft, so ließ sich feststellen, daß die Übertragung höchst wahrscheinlich durch Milch aus dem infizierten Orte stattgefunden hatte. Das seltene Vorkommen der Erkrankung beim Menschen glaubt S. durch eine nur sehr selten bestehende Disposition erklären zu sollen, da die Möglichkeit der Infektion gerade bei der damaligen Epidemie sehr häufig gegeben war, und trotzdem dieser Fall der einzige blieb, der überhaupt zur Beobachtung gelangte. **Stein** (Wiesbaden).

23) **Rodriguez.** Un caso de cisticercosis humana.

(Revista de la soc. med. Argentina 1902. Nr. 37.)

Die Fälle von Beobachtungen des Cysticercus cellulosae beim Menschen sind ziemlich selten. In einer neueren Statistik von Lewin wurden nur 16 Fälle aus der Literatur verzeichnet. R. teilt einen weiteren Fall mit: 44jähriger Kranker. Die jetzige Krankheit begann plötzlich nachts mit Schüttelfrost; in den folgenden Tagen traten zuerst verschiedene Allgemeinsymptome unter dem Zeichen großer Körperschwäche auf, und dann gesellten sich sehr heftige Schmerzen in den Extremitäten und dem Rücken hinzu. Status: Gut entwickelter Mann von kräftiger Muskulatur und ziemlich ausgeprägtem Fettpolster. Es finden sich zahlreiche kleine Geschwülste, die im Unterhautzellgewebe ihren Sitz haben und besonders den muskulösen Körperteilen aufsitzen. Besonders viele sind im Rücken vorhanden. Sie haben ovale Form und betragen im Durchmesser 1—1$^3/_4$ cm. Die Konsistenz ist knorpelartig. Einige der Geschwülste sind kranzförmig gruppiert, andere unregelmäßig verteilt. In der Mundhöhle unterhalb der Zunge findet sich eine gleiche Geschwulst. Manche der Tumoren sind bei Druck schmerzhaft, andere nicht. Die Gesamtzahl der durch Tastung zugänglichen Geschwülste beträgt 160. Pat. weiß nicht anzugeben, seit wann dieselben entstanden sind. Die Untersuchung des Kehlkopfes ergibt zwei weitere Geschwülste von ähnlicher Größe und perlgrauer Farbe in den glosso-epiglottischen Falten.

Durch Exzision von vier der kleinen Tumoren wurde die Diagnose sichergestellt. In der Folgezeit trat mehr und mehr Schwinden der Kräfte ein. Die Temperatur schwankte zwischen 37 und 40°. Bei Abschluß der Arbeit lebte der Kranke noch. **Stein** (Wiesbaden).

24) **P. Lecéne et G. Legros.** Tumeurs expérimentales.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. 6. sér. Nr. 8.)

Die Anordnung der Versuche ist ähnlich wie die früherer von Zahn und Leopold: Teile noch warmer Meerschweinchenembryonen wurden sechs alten Tieren in verschiedene Stellen des Körpers überpflanzt. Zwei Versuche hatten positives Ergebnis: das eine Mal wuchs ein erbsengroßes Stück aus der Nierengegend eines Embryo binnen 42 Tagen in der Sakrolumbalgegend des Versuchstieres bis fast zu Haselnußgröße; das andere Mal entwickelte sich die Rückenhälfte eines Embryo innerhalb 38 Tagen zu einem relativ ansehnlichen Teratom. Die mikroskopischen Details sind aus Abbildungen ersichtlich. Verff. wollen die Versuche fortsetzen. **Christel** (Metz).

25) **A. J. Abrikossow. Zur pathologischen Anatomie des primären multiplen Myeloms des Knochenmarkes.**

(Chirurgie 1903. März. [Russisch.])

A. hatte Gelegenheit, einen Fall dieser seltenen Krankheit pathologisch-anatomisch zu untersuchen. Das klinische Bild ist sehr ungenau beschrieben; so fehlen Angaben über die Veränderungen in Blut und Harn. Der Prozeß begann bei dem 54 Jahre alten Pat. gleichzeitig im Brustbeine, in den Schlüsselbeinen und in mehreren Rippen; später in den Oberarmknochen; in anderen spongiösen Knochen — Wirbel, Becken — trat kompensatorische Hpyerplasie des Markes auf. Später entstand bösartige Degeneration des roten Knochenmarkes in den Wirbeln. Pat. klagte über starke Schmerzen in den befallenen Knochen.

Mikroskopisch zeigte sich diffuse Degeneration des Knochenmarkes. Das neugebildete Gewebe bestand aus Rundzellen, deren Verf. fünf Arten beschreibt: zwei Arten sind den Myelocyten ähnlich, aber größer 12—16 μ und 8—12 μ; zwei weitere Arten sehen wie Lymphocyten aus, sind 4—6 und 3—4 μ groß; dazwischen finden sich rote Blutkörperchen. Die Zahl dieser verschiedenen Zellarten betrug im Gesichtsfelde (Zeiß homogene Imm. 2 Mlm., komp. O. — 6 Mlm) 312, 64, 26, 7, 88. Die Neubildung zerstört den Knochen und wächst in das umgebende Gewebe hinein; der benachbarte Rippenknorpel ist unversehrt, der Gelenkknorpel des Sternalendes des Schlüsselbeines dagegen verdickt, das interstitielle Gewebe zerfasert, schleimig entartet, die Zellen vernichtet. — Die Gefäße an und in der Neubildung sind dilatiert, stellenweise kavernös verändert; in den Rippen sehen ganze Bezirke wie diffuse Hämorrhagien aus. In der Schlüsselbeindiaphyse und im Brustbeine sieht man mitten in der Neubildung zahlreiche Fettzellen, meist einzeln, erhalten, ferner zahlreiche Hohlräume, mit Endothel ausgekleidet und mit einer homogenen Masse ausgefüllt, die wie geronnene Lymphe aussieht. Die befallenen Knochen zeigen das Bild der Halisterese.

Schlußfolgerungen: 1) Die Neubildung befällt gewöhnlich zuerst das Brustskelett (und die Wirbelsäule), später den Schädel, die Becken- und Extremitätenknochen. 2) Sie beginnt im Knochenmarke entweder in Form einzelner mehr oder weniger begrenzter Knoten, oder das ganze Mark erkrankt diffus (diffuse Proliferation von einer, seltener von zwei Arten der Zellelemente, mit Verdrängung der übrigen Elemente des Knochenmarkes). 3) In seltenen Fällen muß die Neubildung des Knochenmarkes als multiples Endotheliom angesehen werden. 4) In den meisten Fällen ist das (begrenzt oder diffus) neugebildete Gewebe nach dem Typus des adenoiden gebildet; die Größe und der Charakter der Zellelemente können sehr verschieden sein. Die Verschiedenheit der Geschwülste kann in den einzelnen Fällen auch von der Zahl der Gefäße, vom Vorhandensein kavernöser Bluträume, von der Entwicklung des Stroma abhängen. 5) Es kommen Fälle von homologer Bildung vor (Rustizky, Winkler, Jochmann-Schumm, Verf.), oder umgekehrt Fälle von heterotypisch gebauter Neubildung (Wieland, Fall II, IV, Grawitz); die meisten beschriebenen Fälle stellen Zwischenstufen zwischen diesen beiden Grenzformen dar. 6) In allen Fällen wirkt die Neubildung vernichtend auf den Knochen (Halisteresis) und wächst zuweilen in die umgebenden Weichteile hinein. Sehr selten beobachtet man gleichzeitig Neubildung des Knochens (Grawitz, Wieland). 7) Die Neubildung gibt keine Metastasen, obgleich, wie in des Verf. Fall, die Kapillargefäße oft zahlreiche Zellen der Neubildung enthalten. Dadurch unterscheidet sie sich von den Sarkomen und nähert sich den Lymphosarkomen der Lymphdrüsen.

Die Ätiologie ist dunkel, die Beziehung zu den Krankheiten des Blutes noch unerforscht. Man kann nur sagen, daß das primäre multiple Myelom, oder besser Myelosarkom, eine selbständige Krankheit ist und zu den Neubildungen des Knochenmarkes gehört.

Die Literatur wird in 62 Nummern angeführt, die bisher beschriebenen Fälle ausführlich besprochen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

26) **C. Féré.** L'hérédité des ganglions synoviaux.

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 12.)

Kurze Mitteilung zur Stütze der von Schwarz geäußerten Ansicht, es existiere eine Art »Diathèse kystique« für Hygrombildungen. F. meint, dieselbe zeige sich — ähnlich wie angeborene Schlaffheit der Aponeurosen u. a. — in neuropathischen Familien, und berichtet von einer solchen. Das älteste Glied der Kette ist eine 82jährige Frau mit drei Hygromen. In der Descendenz — acht weibliche und neun männliche Individuen in drei Generationen — sind sieben mit Hygromen, drei mit Epilepsie behaftet. Von diesen sieben entfallen sechs auf die acht weiblichen Nachkommen, entsprechend der größeren Neigung dieses Geschlechtes zu Hygrombildung. **Christel** (Metz).

27) **W. N. Heinatz.** Über Heredität des Krebses.

(Russkij Wratsch 1903. Nr. 9 u. 10.)

Von 210 Krebskranken der Klinik Ratimow's mit genauer Anamnese hatten 8,6% an Krebs gestorbene Verwandte, 3,8% davon an Krebs gestorbene Eltern. Bei 3 Pat. waren 2, 3 resp. 5 Verwandte an Krebs gestorben. In einer zweiten Reihe von 166 Fällen gutartiger Geschwülste waren 6,6% Verwandte und 4,2% Eltern krebskrank, in einer dritten Reihe von 103 Pat. mit verschiedenen anderen chirurgischen Krankheiten waren die betreffenden Zahlen 11,6% resp. 7,8%.

Schlußfolgerung: Unter den Verwandten der Krebskranken kommt das Karzinom nicht häufiger vor als unter denjenigen anderer Kranken; der Krebs scheint also nicht erblich zu sein. **Gückel** (Kondal, Saratow).

28) **J. P. Marsh.** A case of multiple melanotic sarcoma unsuccessfully treated by X-rays.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Februar.)

Ein primär am Rücken aufgetretenes melanotisches Sarkom bei einem 52jährigen Fuhrmann wurde zuerst »flach abgetragen«, das sofort entstehende Rezidiv mit anderen sekundären Knoten exstirpiert. Die zahlreichen Metastasen in der Haut des Rückens, der Achselhöhle und der Brust und in der Bauchhöhle machten weitere operative Eingriffe unmöglich, es wurde deshalb eine Röntgenbestrahlung der Hautmetastasen vorgenommen. Nach 10 Sitzungen von je 10 Minuten zeigten die Knoten derartig gesteigertes Wachstum, daß die Behandlung ausgesetzt wurde. Nach jeder Bestrahlung wurden Blutuntersuchungen angestellt, welche eine stetige Hämoglobinzunahme von 60—65% und gleichzeitig Leukocytenabnahme von 22500 bis zu 12000 ergaben.

Verf. warnt vor der Bestrahlung ausgedehnter Sarkome und führt das gesteigerte Wachstum auf die Verminderung der Leukocyten, der natürlichen Verteidiger des Organismus zurück; man sollte wenigstens gleichzeitig das Blut untersuchen. **Bender** (Leipzig).

29) **P. Linser.** Über die Beziehungen zwischen Nebennieren und Körperwachstum, besonders Riesenwuchs.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. beschreibt einen in der Tübinger chirurgischen Klinik zur Beobachtung gekommenen Fall von Riesenwuchs im Kindesalter. Es handelte sich um einen nachweislich erst 5 Jahre $7^1/_2$ Monate alten Knaben, welcher in Körperbau und Körpergröße, Aussehen und Entwicklung die Merkmale eines etwa Fünfzehnjährigen darbot. Die Ursache für seine Aufnahme in die chirurgische Klinik war eine große Geschwulst der linken Nebenniere. Es wurde die Laparotomie ausgeführt, eine Entfernung der Geschwulst war aber undenkbar. Der Knabe starb 24 Stunden nach der Operation unter den Zeichen der Herzschwäche. Die Sektion ergab ein kindskopfgroßes, linksseitiges, malignes Adenom der Nebenniere, welches weit in die Vena cava hineingewuchert war und Metastasen in den retroperitonealen Drüsen an der Aorta bis zur Bifurkation herab gesetzt hatte.

Diese Kombination von Riesenwuchs mit einer Nebennierengeschwulst veranlaßte den Verf., auf die Beziehungen zwischen Nebennieren und Körperwachstum näher einzugehen. In der Literatur fanden sich nur ganz vereinzelte Beobachtungen, welche für eine Beeinflussung des Körperwachstums durch die Nebennieren sprechen. Verf. glaubt aber auf Grund dieser Fälle und vor allem der von ihm beschriebenen Beobachtung berechtigt zu sein, zu den für die Pathogenese gewisser Wachstumsanomalien, besonders des Riesen- und Zwergwuchses, ätiologisch sichergestellten Faktoren, der Thyreoidea, Hypophysis, Thymus und den Genitalorganen, auch noch die Nebennieren rechnen zu dürfen. Alle diese Drüsen, die eigentlichen Blutdrüsen, stehen untereinander in näherem Zusammenhange, können sich gegenseitig in ihrer Funktion beeinflussen und ergänzen und sind von mehr oder weniger großer Bedeutung für das Körperwachstum. Beim Riesenwuchse kommen meist Geschwülste dieser Drüsen vor, während der Zwergwuchs gewöhnlich von Hypoplasien resp. Aplasien dieser Organe begleitet zu sein scheint. **Blauel** (Tübingen).

30) **Bülow-Hansen.** Über Sehnentransplantationen und Plastiken.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. 3. Folge. Bd. I. Nr. 26. [Deutsch.])

Verf. hat 18 Sehnentransplantationen an 14 Pat. ausgeführt. 10 derselben wurden wegen Paralysen, die vier übrigen wegen spastischer Leiden operiert. Bei zwei Pat. waren die oberen, bei den übrigen die unteren Extremitäten angegriffen. Bei fünf Pat. wurden Transplantationen eines oder mehrerer Schenkelmuskeln vorgenommen. Die Wirkung der Operationen war in allen Fällen eine günstige, die Blutcirculation hatte sich gebessert, die bei Lähmungen so charakteristische feuchtkalte Haut war mehr normal geworden; die eine Reihe von Jahren angewandten Bandagen waren bei Seite gelegt und durch einen gewöhnlichen Stiefel ersetzt worden.

Am Ende der Arbeit urteilt Verf.: »Die Sehnentransplantationen bieten stets etwas, ja zuweilen sogar viel, selbst in Fällen, wo jede andere Behandlung sich als machtlos erwiesen hat«. **Hansson** (Cimbrishamn).

31) **M. Biggs.** Osteopsathyrosis; with the review of a case having sustained twenty-two fractures in a period of ten years.

(University of Pennsylvania med. bulletin 1903. Nr. 12.)

Verf. berichtet über einen Fall von idiopathischer Knochenbrüchigkeit, der insofern eigenartig verlief, als die Erkrankung erst im 20. Lebensjahre einsetzte, und mit dem 30. Jahre anscheinend dauernd wieder schwand.

Der hereditär nicht belastete, bis zum 20. Jahre ganz gesunde Mann bemerkte zunächst ein Gefühl von Schwäche in beiden Beinen. Dann traten im Laufe der nächsten 10 Jahre im ganzen 22 Frakturen auf, immer nach minimalen Traumen oder Anstrengungen. Dieselben betrafen mit Ausnahme einer Rippe sämtlich die Oberarm- und Oberschenkelknochen; die Schmerzen waren stets sehr gering, die Konsolidation sehr langsam. Die Krepitation war einige Male auffallend weich. In den letzten 5 Jahren, vom 30. Lebensjahre ab, ist keine Fraktur mehr eingetreten. Die Extremitäten sind zur Zeit infolge der zahlreichen Frakturen zum Teil stark verkrümmt und verdickt (vier Röntgenbilder). Bemerkenswert ist, daß die Frakturen, die in der letzten Zeit der Erkrankung eintraten, schneller fest wurden als die früheren. Irgend ein ätiologisches Moment war auch in vorliegendem Falle nicht festzustellen. **Mohr** (Bielefeld).

32) **H. Mynter** (Buffalo). Subacromial dislocation from muscular spasm.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

M. berichtet von einem Falle von Luxatio humeri subacromialis, bei einem sehr muskulösen Manne entstanden während eines epileptischen Anfalles in der Nacht. Da Pat. im Bett lag, ein Sturz also nicht stattgefunden hatte, konnte die

Verrenkung mithin nur durch die heftige spastische Kontraktion der Muskeln entstanden sein.

Erst 3 Monate nach dem Anfalle wurde die Verrenkung als solche erkannt; die Reposition gelang in tiefer Narkose mit großen Schwierigkeiten zwar, jedoch vollkommen. **Seefisch** (Berlin).

33) **Hammer.** Zwei Fälle von Einrenkung der vorderen Schulterverrenkung nach Riedel.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1902. Nr. 39.)

H. hat in zwei Fällen mit bestem Erfolge eine Schulterverrenkung nach Riedel'scher Methode eingerenkt, und zwar ohne Narkose. Bei einer 55jährigen Frau mit schlaffer Muskulatur gelang die Reposition sogleich, bei einem 26jährigen Manne mit kräftig entwickelter Muskulatur beim zweiten Versuche.

Haeckel (Stettin).

34) **Maxwell.** A case of intracapsular fractur dislocation of the head of the humerus. Operation.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XXXVIII. p. 33.)

Ein Färber strauchelte als er eine Leiter herabstieg, er hielt sich noch einen Augenblick an der Leitersprosse mit der rechten Hand, wobei der Arm im Schultergelenk stark nach auswärts gedreht wurde, dann fiel er mit der rechten Schulter auf den Boden. Die klinischen Erscheinungen wiesen darauf hin, daß es sich um eine Verrenkung des rechten Oberarmes handelte. Repositionsversuche in Chloroformnarkose waren vergeblich, eine Röntgendurchleuchtung fand aus nicht angegebenen Gründen nicht statt. Da Lähmungen und Neuralgien am rechten Arme bestanden, wurde das Schultergelenk 6 Wochen nach dem Unfalle eröffnet und festgestellt, daß es sich um einen intrakapsulären Bruch handelte. Der abgesprengte Kopf war durch einen Riß der Kapsel nach innen in die Achselhöhle ausgetreten. Der Kopf wurde reluxiert und die Bruchflächen adaptiert. Die ersten 6 Tage wurde der Arm an der Brust befestigt, dann suspendiert. Es trat Heilung und gute Gebrauchsfähigkeit des Armes ein, Rotation und Erhebung bis zur Senkrechten war gut möglich. **Herhold** (Altona).

35) **G. Reisinger.** Kasuistischer Beitrag zur Nervenlösung bei Radialislähmung nach Oberarmfraktur.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Verf. berichtet über zwei in der chirurgischen Abteilung des Nürnberger allgemeinen Krankenhauses zur Beobachtung und Operation gekommene Fälle von Radialislähmung nach Oberarmbruch. Im ersten Falle handelte es sich um eine primäre, im unmittelbaren Anschluß an die Fraktur entstandene Lähmung. Der Nerv zeigte sich bei der Operation plattgedrückt und in einer Ausdehnung von 3—4 cm gelblich verfärbt. Nach Abpräparierung desselben vom Kallus wurde eine Schicht des M. triceps unter dem Nerven zwischen diesem und dem Kallus fixiert. Der zweite Fall ist als eine sekundäre Lähmung, bedingt durch allseitige innige Verwachsung des Nerven mit dem knöchernen Kallus aufzufassen. Die Befreiung des Nerven gelang nur durch Abmeißelung des Kallus und nachträgliche Lösung der anhaftenden Kallusteile vom Nerven. Auch hier wurde der Nerv dann in den M. triceps eingebettet.

Der Erfolg war in beiden Fällen ein vollkommen befriedigender. Beide Verletzte können wieder ihrem früheren Berufe voll und ganz nachgehen.

Blauel (Tübingen).

36) **Dénucé.** Luxation incomplète du coude en arrière et en dedans.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. 6. ser. Nr. 8.)

Die Charakteristika dieser bisher noch sehr selten beschriebenen und mehrfach falsch gedeuteten Verrenkung sind: Stellung des Vorderarmes in halber

Beugung, leichter Supination; er scheint verkürzt; aktive Beweglichkeit fehlt, nur geringe passive Beugung möglich; Aus- und Einwärtsrollung wenig vermindert. Das Olekranon springt stark vor, ist dem Epicondyl. ulnar. näher gerückt. Das leicht zu tastende Radiusköpfchen steht am unteren Rande der Fossa olecrani, in die der Finger leicht eindringt. Der Proc. coron. ulnae hakt hinter der Trochlea ein.

Christel (Metz).

37) **R. Natrig** (Christiania). Brüche der Handwurzelknochen.

(Tidskrift for den Norske Lägeforening 1901. p. 339.)

Die Skiagraphie der letzten Jahre hat gezeigt, daß viele von den sog. Distorsionen in der Hand Brüche der Handwurzelknochen sind. Verf. beschreibt näher zwei Fälle, welche er beobachtet hat.

I. Ein Mann fiel mit der linken Hand auf die Erde. Bedeutende Anschwellung und Schmerz. Einige Monate später wurde sichergestellt, daß der Handdruck vermindert war; Schmerzen nur, wenn Pat. eine Thür öffnet oder ähnliche Bewegungen ausführt. Keine Anschwellung. An der Radialseite des Handgelenkes wurde eine empfindliche Bruchfurche gefühlt. Fractura apicis process. styloid. radii wurde diagnostiziert. Das Skiagramm zeigte zwei Brüche am Os scaphoideum und Absprengung der linken unteren Ecke des Os capitatum.

II. Ein Mann fiel und verstauchte die rechte Hand. Bedeutende Anschwellung und Schmerzen. $^3/_4$ Jahr nachher noch etwas Anschwellung und beständige Schmerzen. Alle sowohl passiv als aktiv ausgeführten extremen Bewegungen im Handgelenke schmerzten. Druckempfindlichkeit über dem Os scaphoideum und Os lunatum. Keine Bruchfurche zu tasten. Das Skiagramm zeigte einen halbmondförmigen, abgesprengten Splitter, welcher vom Os lunatum zu stammen schien.

Wisliff (Christiania).

38) **F. B. Lund.** Congenital anomalies of the phalanges, with report of cases studied by skiagraph.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1902.)

Verf. bringt eine auserlesene Zusammenstellung acht interessanter angeborener Handverbildungen, deren anatomisches Verhalten durch die Skiagramme deutlich wird. Er sucht auch die entwicklungsgeschichtliche Entstehung derartiger Difformitäten zu erklären, worauf hier nicht näher eingegangen werden kann; er stützt sich hierbei wesentlich auf Minot (Human embryology).

Interessant ist, daß die sämtlichen mitgeteilten acht Fälle mit Ausnahme eines einzigen den Mitgliedern zweier Familien angehören, daß also eine ausgesprochene Vererbung der Difformitäten erwiesen ist.

Verf. teilt die Fälle in zwei Hauptgruppen, und zwar:

1) Fälle von Syndaktylismus mit knöchernen Difformitäten; hierzu gehört ein Italiener mit drei seiner Kinder und der isolierte Fall eines Irländers. Der Vater hatte eine knöcherne Verschmelzung des rechten 3. und 4. Fingers und starke Beugestellung der Finger; an der linken Hand war in jugendlichen Jahren ein schlecht gelungener Versuch gemacht worden, die Mißbildung zu beseitigen; die eine Tochter hatte eine starke Verkürzung und Deformation des Ringfingers, der operativ von dem Mittelfinger abgetrennt ist; er kann aber nicht extendiert werden und steht so, daß er schief unter den Mittelfinger zu liegen kommt. Die 3jährige Schwester dieser Pat. hatte an beiden Händen eine Vereinigung des Ring- und Mittelfingers durch eine Schwimmhaut, aber mit einer Auswärtsdeviation der beiden Endphalangen. Außerdem hatte dieses Kind noch zwei überzählige Zehen an jedem Fuße, welche durch eine Schwimmhaut mit der Kleinzehe vereinigt waren. Endlich hatte ein jüngerer Bruder die gleiche Difformität wie das vorige Kind.

Sehr interessant ist der Solitärfall des 70jährigen Irländers, weil er die Disposition derartiger Mißbildungen zur Geschwulstbildung zeigt. Bei diesem Pat. war die rechte Hand normal, dagegen bildeten linker Mittel- und Ringfinger einen

starken, kolbigen Klumpen, an der Basis schmäler, am Ende etwa doppelt so stark; im Röntgenbilde war die Deviation der Endphalangen zu sehen, zugleich aber auch eine osteochondromatöse Neubildung der beiden Finger und der dazwischen liegenden Gebilde.

Die 2. Hauptgruppe stellen drei Fälle hereditärer Deformitäten von gemischtem Typus dar, deren Träger auch in nächster verwandtschaftlicher Beziehung stehen. Die Mutter des wichtigsten Falles dieser Kategorie hatte nur eine überzählige Daumenphalanx; die 17jährige Tochter zeigte völliges Fehlen des linken Radius und Daumens und mangelhafte Entwicklung des entsprechenden Oberarmes, Schlüsselbeines und Schulterblattes; ein dritter Fall, ein Vetter der vorigen, konnte nicht genau beobachtet werden. Interessant ist bei dieser Familie zu verfolgen, daß die Verbildungen sich alle auf den Vater des erstgenannten Falles zurückführen lassen.

Operative Eingriffe wurden bei dieser zweiten Kategorie überhaupt nicht unternommen; bei der ersten Kategorie wurde die Trennung der Finger nach Didot einige Male mit befriedigendem Erfolge gemacht. **Scheuer** (Berlin).

39) **H. Morestin.** Sarcome du bassin. Désarticulation inter-ilio-abdominale. Mort.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. 6. ser. Nr. 8.)

Unter heftigen Beschwerden neuralgischer Natur, später mit Ödemen und Beeinträchtigung des Gehvermögens verbunden, hatte sich eine ausgedehnte Schwellung von der rechten Darmbeinschaufel ausgehend nach abwärts bis nahe an die Symphyse entwickelt. Bei dem noch recht günstigen Allgemeinbefinden der Pat. und gedrängt von ihr unternahm M. die eingreifende Operation nach der Technik von Salistscheff, Lappenbildung »en raquette«, Unterbindung der Vasa il. ext., Durchtrennung der Symphyse nach Ablösung der Rektussehne, sodann des Bandapparates der Artic. sacro-iliaca zunächst unter Beugung und Adduktion, dann vorsichtige Abduktion des als Hebel dienenden Oberschenkels. Bereits als die Absetzung beendet wurde, trat eine vorübergehende Synkope ein, als Beweis für die Schwere des Eingriffes. Die Operation hatte 50 Minuten gedauert. Die Kranke blieb den Tag über trotz aller Analeptika schwach; unter fortschreitender Zunahme der Herzschwäche, Durstgefühl, Beklemmung verstarb sie am Abend.

Christel (Metz).

40) **Idelsohn.** Über intermittierendes Hinken.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

In allen 14 Fällen dieses Leidens, welche I. beobachtete, fand I. Fehlen oder Abschwächung des Pulses in den Fußarterien; dreimal endete das Leiden mit Gangrän, wenn auch die Kürze der Beobachtungszeit — längstens 4 Jahre — es nicht ausgeschlossen sein läßt, daß auch noch weitere dieser Kranken Gangrän bekommen. Die Kranken standen im Alter von 27—60 Jahren; gerade bei den jüngsten unter ihnen fanden sich auch sonstige Zeichen von Arteriosklerose. Neu ist unter den ätiologischen Momenten eines, das I. unter seinen 14 Fällen achtmal konstatieren konnte: der Plattfuß. I. erklärt das daraus, daß beim Plattfuße die Arteria dorsalis pedis beim Durchtritt zwischen der Basis des I. und II. Metatarsus zum Arcus plantaris gedrückt und so zur Sklerose disponiert wurde. Auf einen Zusammenhang zwischen beiden Leiden weist auch die Tatsache hin, daß bei Juden der Plattfuß besonders häufig vorkommt und zugleich bei ihnen ungewöhnlich oft intermittierendes Hinken sich findet. Bezüglich der übrigen Symptome des Leidens und der einzuschlagenden Therapie weicht I. nicht von Charcot, Erb, Higier, Zoege von Manteuffel ab. **Haeckel** (Stettin).

41) **E. Neisser und Pollack.** Beitrag zur Kenntnis der Roth-Bernhardt'schen Meralgie und ihrer operativen Behandlung.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

Bei einem 18jährigen, sonst gesunden jungen Manne bestanden seit einem Jahre Schmerzen im linken Oberschenkel, besonders vorn, in weit geringerem

Maße im rechten, welche nur auftreten, wenn Pat. nach längerer Ruhe zu gehen anfängt, und die beim Gehen nach einiger Zeit wieder verschwinden; später treten sie auch beim Zurücklegen größerer Strecken auf; auch bei aufrechtem Stehen bricht der Schmerz bei einer bestimmten Haltung hervor. Im Liegen verschwinden alle schmerzhaften Empfindungen gänzlich. Der größte Teil der Außenseite und auch die mittleren Partien der Vorderseite des linken Oberschenkels zeigen Abnormitäten der Hautsensibilität. Der N. femoralis ist dicht unterhalb des Leistenbandes auf Druck schmerzhaft. Derselbe wird hier freigelegt; es fand sich, daß das Ligamentum inguinale resp. ileo-pectineum mit einem scharfen Rande fest dem Nerven auflag und einen nicht unbedeutenden Druck auf ihn ausübte. Dieser scharfe Rand wird eingekerbt, der Nerv durch Dazwischenschieben des Fingers zwischen ihn und Ligament ganz vom Drucke befreit. Danach schwinden die Beschwerden völlig. Der Fall beweist, daß es sich bei dieser Meralgie nicht um einen entzündlichen oder toxischen, sondern einen mechanisch-irritativen Zustand des N. femoralis und cutaneus femoralis lateralis handelte, bedingt durch eine Anomalie des Leistenbandes. **Haeckel** (Stettin).

42) **E. A. Heiking.** Über die chirurgische Behandlung der angeborenen spastischen Paraplegie.

(Boln. Gazeta Botkina 1903. Nr. 7 u. 8. [Russisch.])

H. behandelte 24 Fälle der Little'schen Krankheit, davon 8 schwere. In einem Viertel der Fälle sah er Nystagmus und Strabismus convergens, in 10 Fällen Dysarthrie bulbären Ursprunges. 19mal waren in der Anamnese Unregelmäßigkeiten der Geburt vermerkt. Therapie: Durchschneidung der spastisch kontrahierten Sehnen, Gipsverband, später Massage und Gymnastik. H. ist mit den erhaltenen Resultaten sehr zufrieden. **Gückel** (Kondal, Saratow).

43) **J. Schoemaker.** Die Reposition einer veralteten pathologischen Hüftgelenksverrenkung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 204.)

Sehr schöner therapeutischer Erfolg, von S. bei einem 23jährigen Mädchen erzielt, welches nach einer vor 13 Jahren überstandenen akuten Krankheit (Typhus?) zu hinken begonnen hatte, und zwar ähnlich wie Patienten mit angeborener Verrenkung. Einer Hüftverrenkung entsprach auch der klinische Befund (Bein 6 cm verkürzt, entsprechender Hochstand des Trochanters) und das Röntgenbild, welches außerdem aber lehrte, daß Hals und Kopf des Schenkels, ferner auch die Hüftpfanne sehr wohl gebildet vorhanden waren. Daraufhin wurden in Narkose die unblutigen Repositionsversuche, bestehend in starker Extension, dann Flexion, Abduktion, Circumduktion unternommen, welche zum Ziele führten. Der reponierte Schenkel wurde in Abduktionsstellung eingegipst, und fing Pat. nach Nachlaß der zunächst eingetretenen Schmerzen zu gehen an. In der Nachbehandlung noch wiederholte Gipsverbände mit schrittweis verringerter Abduktion. Daß hier die Reposition nach so langer Frist noch möglich war, ist jedenfalls durch relative Gutartigkeit der früheren Gelenkserkrankung, die im wesentlichen nur in starker Gelenkkapselerweiterung durch ein wahrscheinlich rein seröses Exsudat bestanden haben kann, begründet. Sicher wird auch in diesem Falle die lange leer gewesene Gelenkpfanne mit bindegewebigen Schwartenmassen besetzt gewesen sein, aber der durch die Repositionsmanöver auf sie herabgezogene Schenkelkopf, befestigt durch die stark angespannte Trochanterenmuskulatur, hat jedenfalls durch Druck dieselben zum Schwinden gebracht, wobei auch der aktive Gehakt von zweifelloser Mitwirkung war. Daß die unblutige Reposition solcher Verrenkungen der blutigen (nach Payr, Schede etc.) unbedingt überlegen ist, liegt auf der Hand (doch dürfte die Gelegenheit zu ihnen nicht oft geboten sein, Ref.). **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

44) **K. Maydl.** Die operative Therapie irreponibler Hüftgelenksverrenkungen.

(Časopis lékařů českých 1903. Nr. 1 u. 2.)

M. berichtet über seine Erfahrungen bei veralteten Hüftverrenkungen unter Benutzung des überaus reichen Materiales seiner Klinik. Der Bericht umfaßt 19 Fälle traumatischer Entstehung aus den letzten 10 Jahren; hierzu kommen noch fünf pathologische Verrenkungen. Von den ersteren Fällen blieben fünf unbehandelt, teils wegen Marasmus, teils wegen genügender Funktion der affizierten Extremität, teils wegen Ablehnung des blutigen Eingriffes seitens der Pat.; in vier Fällen gelang noch die subkutane Reposition, zweimal bei Luxatio ischiadica (14 Tage und $7^1/_2$ Wochen alt) und zweimal bei Luxatio obturatoria (17 Tage und $8^1/_2$ Wochen alt). Die zehn restlichen traumatischen und fünf pathologischen Fälle wurden auf blutigem Wege operiert; von diesen starb einer unter den Symptomen einer Scarlatina. Zur Anwendung gelangte teils die Arthrotomie mit Einrichtung des Schenkelkopfes, teils die Resektion unter Benutzung des hinteren resp. vorderen Längsschnittes über den verrenkten Schenkelkopf. Diese 15 Fälle verteilen sich in folgender Weise:

Luxatio iliaca: 7 Fälle (von 14 Tagen bis zu 4 Jahren),
» ischiadica: 4 » (von 5 Wochen bis zu 5 Monaten),
» pubica: 1 Fall,
» obturatoria: 3 Fälle (von 7 Wochen bis zu 8 Monaten).

Zwei Fälle sind wegen der pathologisch-anatomischen Verhältnisse von größter Bedeutung. In beiden hatte sich um den verrenkten Schenkelkopf eine knöcherne Schale gebildet, in welcher sich der unversehrte Kopf wie in einer Pfanne bewegte; nach Wegmeißelung der knöchernen Umhüllung gelang die Reposition in die alte Pfanne, die im ersten Falle unverändert, im zweiten Falle aber von Binde- und Knorpelgewebe ausgefüllt war. M. erklärt sich das Zustandekommen der knöchernen Umhüllung in folgender Weise: der Schenkelkopf hat bei seiner Rückwärtsbewegung einen Periostlappen abgelöst, der dann den Kopf umhüllte, wobei er ihm mit seiner ossalen Fläche anlag und der Ausgangspunkt der Ossifikation wurde. **G. Mühlstein** (Prag).

45) **Haedke.** Blutige Reposition einer irreponiblen Hüftluxation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 359.)

H. führte die genannte Operation im chirurgischen Stadtlazarett zu Danzig an einem 14jährigen Arbeitsburschen, welcher sich vor 10 Wochen durch Verschüttung mit Erdmassen beim Umkippen einer Lowry die Verrenkung zugezogen hatte und ohne Behandlung geblieben war, aus. Typische Luxatio iliaca mit 5 cm zu hohem Stande des großen Trochanters. Da ein zweimaliger unblutiger Einrenkungsversuch in Narkose erfolglos geblieben, Bloßlegung des gut in seiner Form erhaltenen Schenkelkopfes mit Hilfe des Kocher'schen Resektionsschnittes. Mobil wird derselbe erst nach ausgedehnter Ablösung der Muskelansätze vom Trochanter und einrenkbar, nachdem auch in diesem Falle vorgefundene reichliche Bindegewebsschwartenmassen aus der Pfanne mit ziemlichem Kraftaufwande ausgelöffelt waren. Der Kapselriß fand sich im hinteren unteren Kapselteile, die Pfanne zeigte nach Entfernung der Schwielenmassen einen sehr gut konservierten Knorpelbelag. Katgutmuskelnähte, Jodoformgazetamponade, Naht der Hautwunde, Streckverband, völlig ungestörte Wundheilung mit vortrefflichem Endresultat, guter Gehfähigkeit, Beweglichkeit, ohne Verkürzung.

H. zieht die sonst publizierten Parallelfälle kurz zum Vergleiche heran und lobt die von ihm nach dem Vorgange von Payr benutzte Schnittführung nach Kocher. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

46) **M. Haedke.** Zur Ätiologie der Coxa vara.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 89.)

Beobachtung aus dem chirurgischen Stadtlazarett zu Danzig (Prof. Barth), betreffend einen 17jährigen Knecht, bisher gesund, im letzten Frühjahr mit Hüft-

schmerzen erkrankt und im Herbst mit typischer Coxa vara aufgenommen, wobei hervorzuheben, daß am übrigen Skelet keine Zeichen von Rachitis vorhanden waren. Das übrigens mit gutem Erfolg ausgeheilte, durch Hüftresektion gewonnene Knochenpräparat wird in einer kolorierten Tafel abgebildet und makro- und mikroskopisch genau beschrieben. Der Kopf ist pilzförmig nach unten verzogen, dem kleinen Trochanter genähert. Die Epiphysenlinie ist stark verändert, nur im unteren medialen Teil geradlinig, dann unterbrochen von dunkelroten Partien jungen Knochens, während kleinere und größere Inseln von bläulichem Knorpelgewebe zu beiden Seiten, besonders nach der Diaphyse hin, liegen geblieben sind — also der Rachitis eigentümliche Veränderungen. Auch mikroskopisch fanden sich in einer der Mitte des Kopfes entnommenen Lamelle sicher rachitische Abnormitäten, u. a. am Übergange des Epiphysenknorpels in die Diaphyse Verbreiterung der Zone der säulenartigen Knorpelzellenschichtung und Knorpelwucherung ohne Schichtung, maschenartige Einlagerung osteoider Substanz in den Knorpel etc. Hierin liegt die Bedeutung des Falles, der nicht als Coxa vara statica oder traumatica oder osteomalacica zu deuten ist, sondern eine in der Pubertätsentwicklung eingetretene sog. Spätrachitis darstellt, ein Verhalten, das in der Literatur bislang noch wenig beachtet ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) K. Thienger. Zur operativen Behandlung frischer, subkutaner Patellarfrakturen durch offene Knochennaht.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Im allgemeinen Krankenhause zu Nürnberg wurde in den letzten Jahren sechsmal die offene Naht des Kniescheibenbruches ausgeführt. Als Nahtmaterial wurde durchweg Silberdraht verwendet. Die Nachbehandlung wurde ganz besonders sorgfältig durchgeführt. Nach dem ersten Verbandwechsel wird schon zwei- bis dreimal wöchentlich Massage angewandt, die Fixierung des Beines erfolgt in einer suspendierten dorsalen Gipshanfschiene. Nach 4 Wochen steht Pat. mit einem das Knie fixierenden Verbande auf und wird täglich massiert.

In allen Fällen wurden sehr gute funktionelle Resultate erzielt, weshalb Verf. sich den Anhängern der offenen Naht der subkutanen Patellarfrakturen anschließt.

Blauel (Tübingen).

48) W. W. Sender. Ein Fall von beiderseitiger Fraktur der Fibulaköpfchen.

(Russkij Wratsch 1903. Nr. 8.)

Pat., 28 Jahre alt, geriet in das Rad einer Maschine, etwa 1 m vom Boden entfernt und wurde zweimal umgedreht, wobei er beide Male stark mit den Hacken auf den Boden aufschlug. Er konnte darauf nicht mehr stehen. Befund nach 4 Wochen: Beide Füße in der Lage eines Equino-varus. Skiagraphie: Links ist das Köpfchen der Fibula in drei Stücke zerbrochen, rechts im ganzen abgerissen; Abstand des Köpfchens von dem Fibulakörper links ein Querfinger, rechts zwei Querfinger. Beide Nn. peronei zerrissen. Die Frakturen waren also infolge Hyperextension entstanden. S. versuchte links den Peroneus zu nähen, konnte aber die Nervenenden nicht finden. Naht der Knochenenden; doch ging die Naht auseinander. Gipsverband. Heilung. Gang typisch für Paralyse der Nn. peronei.

Gückel (Kondal, Saratow).

49) F. Fraenkel. Über die Behandlung der Varicen der unteren Extremität durch Ausschälung nach Madelung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Im städtischen Krankenhause zu Nürnberg wird seit ca. $3^1/_2$ Jahren die Madelung'sche Ausschälung der Varicen prinzipiell als Operationsverfahren bei den schweren Formen der Krampfaderbildung ausgeübt. Dabei werden nicht nur die Venengeflechte am Unterschenkel, sondern auch die Vena saphena magna bis dicht

unter ihre Einmündung in die Vena femoralis entfernt. Zur Verhütung von Hautnekrosen werden ausgedehntere Unterminierungen der Haut vermieden, lieber weitere Nebenschnitte dem Hauptschnitte hinzugefügt.

Es wurden auf diese Weise 35 Exzisionen von Varicen an 30 Pat. vorgenommen. Die Operationswunde war bei sämtlichen Fällen bei der Entlassung geheilt. Über 21 Fälle liegen Nachuntersuchungen vor, wonach dreimal die Operation nicht den gewünschten Erfolg hatte. In zwei Fällen war nur eine Besserung erzielt, während das Resultat bei den übrigen 16 Fällen als ein voller Erfolg zu bezeichnen ist. Zu bemerken ist, daß die großen, oft 60—70 cm langen Narben niemals eine Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit hervorgerufen haben.

Blauel (Tübingen).

50) **C. Schirren.** Ein Beitrag zur Achillodynia syphilitica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 132.)

29jähriger Kaufmann, vor 3 Jahren luetisch infiziert, später viel »rheumatische« Beschwerden, die aber durch Schmierkuren beseitigt waren. Jetzt seit Monaten Achillodynie, erst links, dann auch rechts, hier aber weniger beschwerlich. Außerdem hatte sich eine gänseeigroße Geschwulst im rechten M. splenius capitis et colli gebildet. Zu beiden Seiten der linken Achillessehne deutliche druckempfindliche Anschwellung, die auf dem Röntgenbilde einen wolkigen Schatten gibt. Antisyphilitische Kur beseitigte die Achillodynie völlig, während die Nackengeschwulst nur wenig kleiner und härter wurde. Eine spätere Operation erwies sie als ein Fibrom. Nach der eigenen Beobachtung geht S. kurz die Literatur der Achillodynie durch. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

51) **G. Zander.** Apparat zur Behandlung von Klump- und Plattfüßen.

(Ärztliche Polytechnik 1902. Dezember.)

Der Apparat dient zur Übung der Pronations- und Supinationsbewegung mit oder ohne Dorsal-Plantarflexion, sei es mittels rein aktiver Widerstandsbewegungen, sei es mittels halb aktiver und halb passiver Pendelbewegung. Er besteht im wesentlichen aus einem Stativ, einem Fußbügel mit eiserner Sohle zum Befestigen des Fußes, Kettenübertragungen zur Erzielung der entsprechenden Bewegungen, Kuppelungen für gleichzeitige Pronation-Supination mit Flexion-Extension und dem Hebel mit verstellbaren Gewichten.

Eine Figur im Original macht die Anwendung des Apparates sofort klar, welcher mehr für Füße Erwachsener, weniger für Kinderfüße zu dienen scheint.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

52) **Mauclaire.** Morsure de cheval. Tétanos.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 43.)

Durch den Biß eines Pferdes waren beide Vorderarmknochen des Pat. zertrümmert. Trotz subkutaner Palliativinjektion von Tetanusserum brach Tetanus aus und bestand 25 Tage. Therapie: drei weitere Seruminjektionen, drei Aderlässe zu 150—250 g, täglich 12 g Chloral. Heilung.

M. hat unter 12 Tetanusfällen zwei heilen sehen. Bei dem einen wurde das Serum ins Gehirn gespritzt. Bei dem zweiten, eben mitgeteilten, glaubt er »auch« den Aderlässen eine günstige Wirkung zuschreiben zu müssen.

V. E. Mertens (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 26. **Sonnabend, den 27. Juni.** **1903.**

1) **Albers-Schönberg.** Die »Röntgentechnik«. Lehrbuch für Ärzte und Studierende.

Hamburg, **Lucas Gräfe & Sillem,** 1903. 264 S.

Unser bedeutendster deutscher Praktiker auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen ist unstreitig der Verf. obigen Lehrbuches, das wohl allen, welche auf diesem Gebiete arbeiten, sehr erwünscht kommt; die früheren Lehrbücher sind durch das rasche Vorwärtsschreiten der technischen Verbesserungen des Röntgenapparates — besonders nach der Erfindung des elektrolytischen Unterbrechers — überholt, und es war wirklich ein dringendes Bedürfnis nach einem

neuen Lehrbuche vorhanden; daß dasselbe gerade von der Seite kam, war allen sehr willkommen.

Das Buch stammt aus der Praxis und ist für die Praxis berechnet, theoretische Auseinandersetzungen sind auf das geringste Maß gesetzt. Vielleicht bringt uns in dieser Beziehung die zweite Auflage mehr; Ref. hat wenigstens bei recht vielen Kollegen, die sich mit der Röntgenuntersuchung beschäftigen, das Bestreben gefunden, sich über die Elektrizitätslehre, speziell über die Induktionsströme zu informieren. Den Dank dieser Lernbegierigen wird Verf. sich erwerben, wenn er in einer späteren Auflage in dieser Beziehung etwas mehr bringt.

Das Buch selbst zerfällt in zwei Teile; in dem ersten Teil p. 1—118 wird zunächst das Röntgeninstrumentarium, Unterbrecher, Induktor, Widerstände besprochen; dann wendet sich Verf. zur Röntgenröhre, vielleicht dem wichtigsten Teil des Instrumentariums. In diesem Kapitel zeigt sich schon der große Praktiker, die Winke, die A.-S. für die Benutzung der Röhre gibt, sind sehr beherzigenswert; wer sich nach ihnen richtet, wird vor manchen Enttäuschungen bewahrt bleiben und gute Röhren von langer Lebensdauer besitzen.

Das folgende Kapitel des Blendenapparates ist das jüngste Arbeitsgebiet des Verf., seine Kompressionsblende ermöglicht Aufnahmen, die bis dahin nicht glücken wollten; vielleicht gelingt es auch dem Verf., den Preis des Blendenapparates herabzusetzen, um so eine größere Verbreitung dieses so wertvollen Teiles des Röntgeninstrumentariums zu ermöglichen.

Die letzten Kapitel des ersten Teiles sind dann der Besprechung der Einrichtung des Laboratoriums, der Dunkelkammer und dem photographischen Verfahren, sowie der Schutzvorrichtung zur Vermeidung der Schädigungen von Untersuchern und Untersuchten gewidmet.

Im zweiten Teil der Monographie (p. 119—204) werden eingehend die photographischen Aufnahmen der verschiedenen Körperregionen besprochen; zum Referat eignen sich diese Kapitel wenig; Ref. kann ihr Studium jedem nur sehr ans Herz legen.

Den Schluß bildet das Kapitel über Durchleuchtung, Orthodiagraphie und Stereoskopie.

Ein Kapitel fehlt in der sonst so vollständigen Monographie, das der Röntgentherapie; dasselbe dürfte recht vermißt werden. Hoffentlich bringt auch hierin die zweite Auflage einiges.

Das Buch dürfte sich in kurzem viele Freunde erwerben; Verf. ist redlich bemüht, denen, welche sein Werk studieren, einen großen Gewinn zu verschaffen, er will allen Wünschen gerecht werden, ja er ist, wie er am Schlusse des Vorwortes sagt, auch bereit, allen, die durch sein Buch noch nicht genügend belehrt werden, schriftlich Auskunft zu erteilen; es wäre wünschenswert, das von dieser Anregung reichlich Gebrauch gemacht würde. **H. Wagner** (Breslau).

---

2) **B. Heile.** Über die tuberkulösen Knocheninfarkte.

(Orth-Festschrift 1903.)

Seit den Arbeiten von Volkmann und König gilt es wohl ziemlich allgemein als Tatsache, daß es sich bei der Bildung der tuberkulösen Knochenherde um keilförmige Infarktbildungen, auf dem Blutwege auf thromboembolische Weise entstanden, handelt. König nimmt an, daß diese verstopfenden, das ernährende Gefäß abschließenden Pfröpfe aus der Lunge stammen, wo es demnach zu einem gröberen Einbruch tuberkulöser Massen gekommen sein muß. Orth hat sich demgegenüber schon 1897 in der seinem Vater gewidmeten Festschrift dahin ausgesprochen, daß ein derartiger Käsepfropf wohl nicht ohne Gefahr einer Miliartuberkulose im Blute kreisen könne, und daß man sich andererseits wohl vorstellen könne, daß diese Knochenherde durch eine von verschleppten Bazillen, die einzeln durch die Schleimhäute etc. in den Kreislauf gelangen können, erzeugte Arterienwandtuberkulose entstehen, mit zunächst sekundärer Verschleppung von Bazillen aus diesem Herd in das peripherische Kapillargebiet und schließlichem Verschluß der Arterienlichtung mit folgender Sequesterbildung. Die klinische Wichtigkeit der Frage, ob der Herd am Knochen eine Teilerscheinung einer Tuberkulose, die mit Einbruch tuberkulöser Massen in die Blutbahn einhergeht, ist, oder ob er ein primärer ist, liegt auf der Hand. H. hat nun 5 solcher tuberkulöser Infarkte an vielen hundert Serienschnitten untersucht und gefunden, daß in der Tat die Lichtung der die infarzierte Stelle ernährenden Gefäßen (Arteria et Vena nutritia, Periostgefäße) verlegt zu sein pflegt, daß aber nirgends etwas von Embolis zu sehen ist, sondern daß es sich nur um den Ersatz der Gefäße durch tuberkulöses Granulationsgewebe handelt. Außerdem ergab sich, daß schon vor dem Gefäßverschluß das Fettmark in tuberkulöse Granulationen unter Arrosion des Knochens umgewandelt sein mußte, da man auf andere Weise die Bildung dieser tuberkulösen Granulationen an Stelle des Fettmarks nicht erklären kann. Bei einem primären Verschluß durch Embolus müßte das betroffene Fettmark noch als solches erkennbar geblieben sein, der Knochen hätte im infarzierten Bezirk nicht arrodiert werden können. Die von Orth angenommene Endarteriitis erklärt alle Bilder ganz ungezwungen, sie läßt sich aber aus den H.'schen Schnitten nicht sicher erweisen. Jedenfalls glaubt H. nachgewiesen zu haben, daß für seine 5 Fälle der von König angenommene Vorgang nicht zutrifft, und daß es sich auch bei diesen Knochenherden um primäre tuberkulöse Erkrankungen handeln könne.

Bertelsmann (Hamburg).

---

3) **G. Meyer.** Erste ärztliche Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen.

Berlin, **August Hirschwald,** 1903. 438 S.

Das Buch ist Friedrich von Esmarch zu seinem 80. Geburtstage gewidmet und enthält eine Darstellung aller wichtigen Hilfeleistungen bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen. Der Stoff ist nach Sondergebieten der Heilkunde geordnet und die einzelnen Kapitel sind in Form von Vorlesungen klar und fesselnd von hervorragenden Autoren bearbeitet. Der Reihe nach werden so besprochen: Die Hilfeleistungen bei chirurgischen Erkrankungen von Excellenz von Bergmann, die inneren Krankheiten von weil. Geheimrat Gerhardt, bei Vergiftungen von Geheimrat Liebreich, bei Frauenleiden und in der Geburtshilfe von Geheimrat Martin. Das Schlußkapitel über Hilfeleistungen bei Bewußtlosen und Scheintoten wurde vom Herausgeber selbst bearbeitet. Einige Mal finden sich Wiederholungen.

Das Werk gestattet dem Arzt, sich nötigenfalls richtig und rasch zu orientieren und dann sein Handeln zu einem zielbewußten zu gestalten. Es ist zu wünschen, daß dieses Buch zu weiter Verbreitung unter Studierenden und Ärzten gelangt. **Neck** (Chemnitz).

---

4) **Senn** (Chicago). Der erste Hilfsverband auf dem Schlachtfelde.

(Vortrag, gehalten auf dem internationalen medizinischen Kongreß in Madrid.)

Auf Grund seiner Erfahrung aus der Civilpraxis, sowie der während des spanisch-amerikanischen Krieges gemachten Beobachtungen hat S. einen einfachen, zweckmäßigen ersten Hilfsverband zusammengestellt, der seiner Meinung nach allen Anforderungen auf dem Schlachtfelde entspricht.

Die Wunden durch kleinkalibrige Metallmantelgeschosse sind praktisch als aseptisch anzusehen; daher ist eine konservative chirurgische Behandlung unbedingt am Platze, die Sondenuntersuchung meist zu verwerfen, den Verband zeitig anzulegen und erst nach Heilung der Wunde abzunehmen. Der erste Verband soll einfach sein, so daß auch eine ganz ungeübte Hand ihn auf dem Schlachtfelde anlegen kann; das Material darf die Verdunstung der Wundsekrete nicht verhindern, die verwandten Antiseptika müssen chemisch unverändert bleiben, der Verband darf sich nicht verschieben, und muß seine Verpackung leicht und handlich sein.

Der S.'sche Hilfsverband besteht aus einer 4 Zoll breiten und 4 Zoll langen Kompresse aus hydrophiler Gaze und Watte, an welcher eine 4 Zoll breite und 2 Yard lange sterile Gazebinde angebracht ist und an deren Ende zwei Sicherheitsnadeln stecken. Die Kompresse liegt in zwei Hüllen, einer inneren aus Paraffinpapier und einer äußeren aus wasserdichtem Leinenstoff; auf dem letzteren ist

die Gebrauchsanweisung gedruckt; eine zweite gleiche Kompresse liegt auf der ersten beschriebenen Kompresse, mit ihr durch zwei Fäden befestigt; über jeder Kompresse sind zwei Heftpflasterstreifen angebracht, 8 Zoll lang, welche die Kompresse über der Wunde festhalten; auf jeder Kompresse markiert in der Mitte ein Fleck mit Jodtinktur die Stelle, die auf die Wunde appliziert werden soll, und unter welcher 2 g Borsalicylpulver (4 : 1) sich befindet; die zweite Kompresse kann leicht abgetrennt werden, falls der Verletzte eine zweite Wunde hat. Der überflüssige Teil der Binde ist event. als Schlinge zu benutzen. Alles ist so angeordnet, daß jeder die Anwendung sofort begreifen muß; das Päckchen wiegt nur einige Gramm und ist außerordentlich handlich. Die Erfahrungen, welche mit einem solchen Verbande auf Cuba gemacht wurden, waren außerordentlich gute.

Der erste Verband kann natürlich nicht jede Infektion verhüten der Schuß an und für sich ist nicht aseptisch; er wirkt indifferent auf das Gewebe, wenn nicht später eine sekundäre Infektion hinzutritt. — Je größer die Wunde, desto größer natürlich die Infektionsgefahr, ebenso wenn das Geschoß, bevor es in den Körper eingedrungen, den Boden gestreift hat. Bei Magersfontein (Südafrika) wurden in kürzester Zeit 500 englische Verwundete mit einem ähnlichen ersten Hilfsverbande von den englischen Ärzten prompt und mit außerordentlichem Erfolge auf dem Schlachtfelde behandelt. Da man bei großen, verlustreichen Schlachten nicht immer auf genügend ärztliches Personal rechnen kann, so muß der erste Verband bei solchen Gelegenheiten dem Soldaten selbst überlassen werden, der vorher über den richtigen Gebrauch orientiert werden muß. Engländer und Amerikaner haben sich in dieser Beziehung sehr anstellig gezeigt. Blutstillung soll möglichst ohne elastische Binde geschehen, welche mehr Schaden als Nutzen gestiftet hat; die Gefahr der Gangrän ist hierbei zu groß; die Blutungsgefahr ist bei den kleinkalibrigen Geschossen übrigens weit geringer als früher; nur 5% gefährliche Blutungen kommen bei ihnen zur Beobachtung; Digitalkompression, Beugung des Gliedes, Tamponade etc. sind hier am Platze; zum Fixationsverbande muß man ex tempore alles mögliche zu benutzen verstehen. Der Transport der Verwundeten ist von großer Wichtigkeit; es muß eine gute Verbindung zwischen Schlachtlinie und dem ersten Sammelhospital hergestellt werden. Die Verwundeten auf dem Schlachtfelde können durch eine schnell aufgeworfene Schanze von nur geringer Höhe gut geschützt werden; sie sind dort oft sicherer als auf dem Transport; nach Griffith schützt schon ein Wall von 11 Zoll vor dem Eindringen der kleinkalibrigen Geschosse. Bei einem Rückzuge soll das Feldhospital mit Insassen und Sanitätspersonal auf seinem Platz bleiben, geschützt durch die Genfer Konvention.

An Instrumenten soll der Militärarzt so wenig als möglich mit sich tragen, doch soll alles da sein, um jede rettende Operation zu

ermöglichen. Das militärärztliche Besteck hat S. nach langjährigen Erfahrungen folgendermaßen zusammengestellt: Sämtliche Instrumente sind zusammengerollt in einer Tasche aus Segeltuchleinwand, in der sie ihre durch Dintendruck bezeichneten Plätze haben; die Instrumente werden in dieser Tasche sterilisiert; eine zweite gleiche Tasche befindet sich in dem tragbaren Lederköfferchen, für den Fall, daß die erste Tasche momentan nicht benutzbar sein sollte; das Lederköfferchen ist aus weichem Leder, mit abgerundeten Ecken, und besitzt zwei Abteilungen, eine für die Instrumente und eine für die Reservetasche. Das Instrumentarium enthält: 11 Kocher'sche Unterbindungspinzetten, 1 Nadelhalter, 1 schmales, 1 gerades Skalpell, 1 gerades, 1 gekrümmtes Bistouri, 1 kleines Tenatom, 1 Tenaculum, 1 gerade Schere, 1 gekrümmte Schere; 1 Maclean'sches Amputationsmesser, 1 Knochenschere, 1 stumpfen Haken, 1 Senn'sche Säge mit Schutzblatt, 1 anatomische Pinzette, 1 scharfen Haken, 1 Knochen- und 1 Hohlmeißel, 1 scharfen Löffel, 1 Elevatorium, 1 Senn'sche Kugelzange, 1 Senn'sche Kugelsonde, 2 gewöhnliche Sonden, 1 Trokar, 12 Silkwormfäden, 12 Nadeln, 2 Strähne Seide, 1 Rolle Silberdraht, 6 Nadeln für Darmnähte. Die Messer sind in 2 Schutzkästen untergebracht, in welchen die Schneiden bedeckt sind; die Tasche ist 19 Zoll lang und wiegt nur wenige Pfund. Diese Tasche hat sich im cubanischen Feldzuge sehr bewährt.

Verf. faßt am Schlusse seiner umfangreichen Arbeit, welche demnächst in deutscher Übersetzung erscheinen wird, seine wesentlichen Punkte in folgende 25 Sätze zusammen:

1) Die Hauptpflicht des Militärarztes hinter der Schlachtlinie besteht darin, den Soldaten gegen Infektion zu schützen und für einen frühen Verband zu sorgen. 2) Die vorherige Desinfektion der Wunde ist nicht nur überflüssig, sondern schädlich. 3) Die Grundsätze der modernen Schußwundenbehandlung wurden von v. Bergmann und Reyher während des russisch-türkischen Krieges aufgestellt, und sind im großen und ganzen auch heute noch die gleichen. 4) Die Militärchirurgie ist und bleibt eine Notchirurgie; alle Maßregeln müssen hier infolgedessen einfach und praktisch sein. 5) Absolute Asepsis ist weder möglich noch nötig. 6) Der erste Verband muß so klein als möglich sein. 7) Die hierbei verwandten Materialien sollen hygroskopisch und antiseptisch sein; sie sollen das rasche Austrocknen der Wundsekrete nicht verhindern und daher kein wasserdichtes Papier etc. enthalten. 8) Die benutzten Antiseptika sollen nicht toxisch sein, dürfen sich weder verflüchtigen noch chemisch verändern. 9) Borsalicylpulver 4 : 1 ist das zweckmäßigste Antiseptikum für den Verband. 10) Jeder erste Verband soll zwei kleine Heftpflasterstreifen enthalten, welche den Verband an der Wundstelle befestigen. 11) Die Gazebinde muß mit der Kompresse verbunden sein und hat an ihrem Ende zwei Nadeln. 12) Die Gazebinde tritt an Stelle des dreieckigen Esmarch'schen Tuches. 13) Die infolge des Austrocknens der Wundsekrete sich bildende Kruste

bildet einen wirksamen Schutz und Schluß der Wunde. 14) Watte ist im allgemeinen der Gaze vorzuziehen. 15) Schußwunden sind praktisch aseptisch. 16) Nichts soll in Berührung mit der Wunde selbst gebracht werden vor dem Anlegen des ersten Verbandes. 17) Da in großen Schlachten die Zahl der Verwundeten zu groß ist, als daß für jeden einzelnen Fall auf ärztliche Hilfe zu rechnen wäre, so muß jeder Soldat imstande sein, einen ersten Verband selbst anzulegen. 18) Die Gummibinde als Blutstillerin ist mit wenig Ausnahmen zu verwerfen. 19) Die Verwundeten sollen während der Schlacht so wenig als möglich von ihrem Platze transportiert werden. 20) Der erste Verband muß so zeitig als möglich angelegt werden. 21) Wenn der Transport der Verwundeten aus der Schlachtlinie für dieselben zu riskant ist, so läßt man sie besser vorläufig an ihrer Stelle liegen. 22) Feldhospitäler dürfen bei dem Rückzuge nicht abgebrochen werden. 23) Zum ersten Verbande braucht man lediglich ein gutes Taschenmesser. 24) Der erste Verband bleibt meistens bis zur Heilung liegen. 25) Die Ärzte hinter der Schlachtlinie heften den Kranken an ihre Kleider einen Zettel an, auf welchen geschrieben wird, ob die Wunde infiziert ist oder nicht, sowie die Maßregeln, welche mit dem Verwundeten getroffen werden sollen.

Mandowsky, Lloydarzt.

---

5) **A. Wittek** (Graz). Weiland Hofrat Carl Nicoladoni als Förderer der orthopädischen Chirurgie.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

W. berichtet über die Verdienste seines verstorbenen Lehrers Nicoladoni auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie. Es seien hier nur erwähnt die bekannten Arbeiten über Sehnentransplantation, über Skoliose, über den traumatischen Pes calcaneus und Cubitus varus, über den Zusammenhang von Wachstumsstörungen und Difformitäten, über den Hammerzehenplattfuß, über den Plattfuß überhaupt und über Ischias. Wir erfahren außerdem, welch hochachtbare Persönlichkeit Nicoladoni auch als akademischer Lehrer, als Arzt und als Vorgesetzter gewesen ist.

J. Riedinger (Würzburg).

---

6) **J. G. Chrysospathes** (Athen). Orthopädie oder Orthopedie?

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

In der Terminologie von Roth wird das Wort Orthopädie abgeleitet von *ὀρθός* und *παιδεια*. Unter *παιδεία* versteht man aber im Alt- wie im Neugriechischen Erziehung in geistiger, niemals in körperlicher Beziehung. Auch die Etymologie der Franzosen, welche das Wort Orthopédie ableiten von *ὀρθός* und *παῖς* ist eine gezwungene. Richtiger wäre es, das Wort Orthopädie zu bilden aus *ὀρθῶς* (gerade) und *πεδάω* (Festmachen, unbeweglich halten, hindern). »Wir beabsichtigen ja durch unsere Apparate oder Verbände, welche im Grunde genommen nichts anderes sind wie Fesseln,

kranke oder verwachsene Körperteile durch absolute oder relative Behinderung ihrer Bewegungen wieder gebrauchsfähig zu machen, was dem Wort *πεδάω* **völlig entspricht.« (In seinem im Jahre 1741 in Paris erschienenen Buche »L'orthopédie ou l'art de prévenir, et de corriger dans les enfans les difformités du corps« gibt Andry an, daß er das Wort »Orthopédie« gebildet habe aus »orthos« [droit] und »paidion« [enfant]. Ref.)** **J. Riedinger** (Würzburg).

---

7) P. J. v. Modlinsky (Moskau). Zur Korrektur der Rückgratsverkrümmungen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

Nach Ansicht des Verf. darf der Behandlungsplan einer Wirbelsäulenerkrankung in seinem Grundprinzip nicht von dem bei analogen Prozessen an den Gelenken abweichen. Die Lösung dieser Frage ist aber trotz neuerer Arbeiten noch nicht sehr weit gediehen. In verschiedenen Punkten präzisiert nun Verf. seinen eigenen Standpunkt. So hat er auf die Immobilisation im Bett kein großes Vertrauen, trotzdem es unser Bemühen sein muß, die Wirbelsäule möglichst zu entlasten. Auch mit dem Gipsverband in der von Calot, Wullstein und dem Verf. empfohlenen Form ist eine völlig befriedigende Korrektur nicht zu erzielen. Die Schwierigkeit liegt in der Festhaltung des erzielten Resultats. Als das Ideal erscheint ihm vielmehr, bei der Spondylitis wie bei der Skoliose, die »portative Dekompression« mittels eines dem Gipsverband in seiner Wirkung gleichkommenden Apparates. Verf. hält es nämlich für geratener, langsam auf dem von Hessing angegebenen Wege und nicht forziert vorzugehen. Er selbst hat eine abnehmbare Prothese konstruieren lassen, welche er zur Prüfung vorlegt. Dieselbe läßt sich für alle Arten von Rückgratsverkrümmungen anwenden. Durch Extension zwischen Becken und Kopf wird der Rumpf resp. die Wirbelsäule gestreckt erhalten und immobilisiert. Ein zwischen Becken- und Kopfteil des Apparates eingeschalteter Zwischenteil gestattet die Anbringung von Pelotten an beliebigen Stellen zur Ausübung eines den individuellen Verhältnissen anzupassenden und genau regulierbaren seitlichen Druckes. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

8) A. Roth (Budapest). Einige Bemerkungen über Peter Bade's »Prinzipielles in der Skoliosenfrage«.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

9) P. Bade. Zur Skoliosenbehandlungsfrage. Erwiderung auf die vorliegenden Roth'schen Bemerkungen.

(Ibid.)

Die Ausführungen Bade's auf dem vorjährigen Orthopädenkongreß, in denen auch des R.'schen Korsetts gedacht ist, veranlassen R. zu einer kritischen Darlegung derjenigen Punkte, in

denen er mit Bade nicht übereinstimmt. Dabei führt er die Theorie und Anwendungsweise seines Korsetts weiter aus. Seit der ersten Veröffentlichung R.'s sind einige Verbesserungen hinzugekommen, die ebenfalls beschrieben werden.

B. führt die Kritik weiter, indem er die Auffassung R.'s in den strittigen Punkten nicht anerkennt und die Berechtigung des forzierten Redressements, der maximalen Extension und der Eingipsung von Pelotten gegenüber der Anwendungsweise eines portativen Apparates im Sinne von Roth aufrecht hält.

In einer Nachschrift erklärt Hoffa, da er vielfach citiert wurde, daß eine wirkliche Redression einer Skoliose durch das R.'sche Korsett nicht zustande komme, daß letzteres aber sich vorzüglich eigne zur Festhaltung des durch das forzierte Redressement, durch Massage und Gymnastik erreichten Resultats.

J. **Riedinger** (Würzburg).

---

10) **J. Joseph.** Einige Bemerkungen zu dem Vortrage von Vulpius: »Dauerresultate des Redressements des spondylitischen Gibbus«.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

J. will nicht, wie Vulpius gelegentlich seines Vortrages auf dem ersten Kongreß der deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie bemerkte, den Pott'schen Buckel durch »Einkeilung der erweichten Wirbelkörper« strecken, sondern im Gegenteil durch Trennung der erkrankten Wirbelkörper und Übertragung der oberen Rumpflast auf die Wirbelbögen. Erst später, wenn die Wirbelbögen sich unter dem Druck der oberen Rumpflast entsprechend verkürzt und abgeplattet haben, tritt eine Kontaktsynostose der lebensfähig gebliebenen Abschnitte der Wirbelkörper ein.

J. **Riedinger** (Würzburg).

---

11) **H. L. Taylor** (New York). Endresultate nach der mechanischen Behandlung der Pott'schen Erkrankung. Deutsch von Lilienfeld.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

Im Jahre 1863 hat T. zum ersten Mal seinen Apparat zur Behandlung der Verkrümmungen der Wirbelsäule beschrieben und die Anwendung des biegsamen Stabes mit Aufzeichnung des Grades der Ausbiegung erläutert. Bis jetzt hat Verf. im ganzen über 600 Pat. mit diesem Apparat behandelt; 150 sind 5 Jahre und länger in Beobachtung geblieben, 40 konnten 10—37 Jahre verfolgt werden. Von diesen 40 Fällen war einer traumatischer Natur. Über die übrigen 39 Fälle faßt Verf. seine Erfahrungen folgendermaßen zusammen:

1) Die Anwendung der Rückenstütze hatte fast stets das sofortige Aufhören aller Schmerzen und anderer akuter Erscheinungen zur Folge, ebenso wie Besserung des Allgemeinbefindens.

2) In 33 Fällen trat Heilung der Erkrankung ein mit vorzüglichem Allgemeinbefinden, guter Figur und Funktion.

3) In der Hälfte der Fälle war das Resultat in Bezug auf die Deformität ein gutes. In 13 Fällen konnte eine Vergrößerung der Deformität verhindert werden, oder es wurde noch eine Verminderung erzielt.

4) In Bezug auf das Endresultat war die Lokalisation der Erkrankung ein wesentlicher Faktor. Der Halsteil der Wirbelsäule war am günstigsten, dann kam der Lendenteil und am wenigsten günstig war der Dorsalteil.

5) Es war notwendig, in den meisten Fällen die Rückenstütze noch lange nach erfolgter Heilung des Krankheitsprozesses tragen zu lassen infolge der Neigung, die die Wirbelsäule aus statischen Gründen zeigt, sich noch mehr zu verbiegen.

6) Die Ankylose tritt später und seltener auf, als man für gewöhnlich annimmt, und ist weniger umfangreich und schwächer.

J. Riedinger (Würzburg).

---

12) V. Blum. Die Coxa vara als Belastungsdeformität.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 4.)

Bei einem neunjährigen Kinde konnte die Diagnose auf Coxa vara mit Sicherheit gestellt werden. Die Ergebnisse der Röntgenphotographie zeigten ebenfalls, daß es sich um einen Fall von solcher Erkrankung mit Trochanterhochstand und vorwiegender Innenrotation handelte.

Was die Ursache für die Entstehung einer Coxa vara im vorliegenden Falle betrifft, so ist sie in einer übermäßigen Inanspruchnahme des betreffenden Beines zu suchen gewesen, welche ihrerseits wiederum durch eine tuberkulöse Koxitis der anderen Extremität mit konsekutiver Inaktivitätsatrophie bedingt war. Als begünstigendes Moment ist die in der frühesten Jugend überstandene Rachitis anzusehen, welche ja auch schon allein imstande ist, eine Schenkelhalsverbiegung hervorzurufen. Indessen spricht Verf. dieser Erkrankung nur eine untergeordnete Bedeutung zu; die Hauptursache ist die einseitige Einwirkung der Rumpflast auf das eine Bein während der Heilung des tuberkulösen anderen. B. fand bei seinen Studien auch an vielen Skeletten, bei welchen aus verschiedenen Gründen Atrophien der einen unteren Extremität bestanden, eine mehr oder minder hochgradige Coxa vara der anderen Seite beschrieben und konnte dasselbe an anderen Präparaten nachweisen. Da in den meisten dieser Fälle keine Zeichen einer überstandenen Knochenerkrankung an dem deformierten Oberschenkel nachweisbar waren, ist Verf. geneigt, die Entstehung dieser Fälle von Coxa vara ausschließlich auf die Einwirkung der außergewöhnlichen Belastung zurückzuführen. Er hält die Coxa vara überhaupt für eine statische Knochenveränderung und glaubt, daß sich in allen Fällen der schädigende Einfluß der Rumpflast nachweisen läßt. Zu den begünstigen-

den Momenten für ihre Entstehung gehören Rachitis, senile Osteoporose, Ostitis fibrosa, Osteomalakie, Tuberkulose und vor allem jugendliches Alter (Coxa vara adolescentium). **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

13) **Herhold.** Der funktionelle Plattfuß mit besonderer Berücksichtigung seines Entstehens durch Traumen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 336.)

Von »funktionellem« Plattfuß ist dann zu reden, wenn ein Fuß bei sitzender oder liegender Stellung seines Besitzers normale Formen zeigt, dagegen im Stehen und Gehen, zumal bei gleichzeitiger Körperbelastung, eine platte Form oder pronierte bezw. Valgusstellung annimmt. H. führt aus, daß in diesen Fällen ein Fußtrauma, Kontusion, Distorsion etc., sehr starke, früher nicht vorhanden gewesene Plattfuß-Erscheinungen und Beschwerden nach sich ziehen kann und berichtet mehrere hierfür beweiskräftige Fälle aus seiner militärärztlichen Praxis im Garnisonlazarett in Altona.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

14) **Cathelin.** Die epiduralen Injektionen durch Punktion des Sakralkanals und ihre Anwendung bei den Erkrankungen der Harnwege. Übersetzt von A. Strauss.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1903. 123 S. 30 Abbild.

Wenn man diese Schrift zu lesen beginnt, so könnte man glauben, daß hier ein Verfahren besprochen werde, das die gleichen Ziele verfolge wie die Bier'sche Cocainisation des Rückenmarkes, ohne dessen Nachteile zu besitzen; denn es werden die beiden Verfahren miteinander in Parallele gesetzt. In Wirklichkeit handelt es sich aber um zwei ganz verschiedene Dinge, die nur wenig Gemeinsames aufweisen. Da das C.'sche Verfahren, wie es scheint, in Frankreich einiges Aufsehen erregt hat, so ist es wohl angezeigt, auch in diesem Blatte das Wichtigste darüber mitzuteilen.

Es handelt sich um Injektionen verschiedener Flüssigkeiten, namentlich von Cocainlösungen und von physiologischer Kochsalzlösung, in den epiduralen Raum, d. h. in den Raum zwischen der Dura mater des Rückenmarkes und dem Periost des Wirbelkanals. Dieser Raum ist spaltförmig und im ganzen Verlauf des Wirbelkanals von vielen weiten unter sich anastomosierenden Venen durchsetzt; nur in seiner untersten Partie erweitert er sich. Der Duralsack hört in der Höhe des unteren Randes des zweiten Sakralwirbels auf; unterhalb dieser Stelle wird die ganze Breite des Wirbelkanals von dem epiduralen Raum eingenommen. Hier hinein macht denn auch C., und zwar durch den Hiatus sacralis, der nur von einer fibrösen Membran und der Haut bedeckt ist, seine Injektionen. Er nimmt an, daß in diesen Raum eingespritzte Flüssigkeiten von dem reichlichen Venennetz leicht und rasch resorbiert werden und stellt eine

Rechnung an, welche beweisen soll (?), daß der Raum eine 10mal größere Resorptionsfläche als das Unterhautbindegewebe bei den subkutanen Injektionen bietet.

Analgesie wie beim Bier'schen Verfahren läßt sich mit den C.'schen Injektionen nicht erzielen; sie haben ihre Anwendung vielmehr gefunden bei internen Affektionen, wie bei Ischias und anderen Neuralgien, und dann besonders auf dem Spezialgebiete C.'s, bei Krankheiten der Harnwege. C. führt 79 ausführliche Krankengeschichten an, welche die guten Resultate bei folgenden Krankheiten dartun sollen: bei Inkontinenz der Kinder und Erwachsenen, bei psychopathischer Inkontinenz, bei Pollutionen, bei Impotenz, bei Neurasthenie der Harnwege. Die Art der injizierten Flüssigkeit (meist Kochsalzlösung) spielt keine große Rolle; C. erklärt die Wirkung durch einen »Traumatismus«, einen Chok, der auf den unteren Teil des Rückenmarkes ausgeübt werde. Die Krankengeschichten weisen in der Tat oft (nicht immer) eine auffallende Besserung des Zustandes der Pat. nach wenigen Injektionen auf; allein wenn man bedenkt, daß es sich fast durchweg um nervöse Leiden handelt, die der Suggestion sehr zugänglich sind und bei denen durch alle möglichen Verfahren schon ähnliche Resultate erzielt wurden, und daß im übrigen die Methode zu anderen Zwecken nicht zu verwenden ist, so wird man zu der ganzen Geschichte den Kopf schütteln und hätte mit Karo (Monatsberichte für Urologie 1902 Hft. 4) hoffen mögen, »daß diese Methode niemals in Deutschland Eingang finden werde.

Fr. Brunner (Zürich).

---

15) **F. Cathelin.** Le cloisonnement vésical et la division des urines.

(Les actualités médicales.)

Paris, **Baillière et fils,** 1903. 96 S. 23 Abbild.

Das Prinzip des von C. zum getrennten Auffangen der beiden Nierenurine angegebenen Instrumentes ist folgendes: In einem mit Mercier'scher Krümmung versehenen katheterartigen Instrumente befindet sich an der konvexen Seite ein Führungsrohr. In diesem ist eine äußerst elastische, kreisförmig sich entfaltende Uhrfeder verborgen, auf der eine Gummi-Membran aufgespannt ist. Nach Einführung des Instruments in die Blase wird die Uhrfeder aus dem Führungsrohr vorgestoßen, die Membran entfaltet sich und soll die Blase wasserdicht in 2 Hälften teilen. Je ein Abflußrohr leitet den Urin aus jeder Hälfte nach außen.

Vor dem Luys'schen Instrument, bei dem sich die Membran in der Konkavität der Krümmung entfaltet, hat das C.'sche den Vorteil, daß bei ihm ein elastischer Kontakt mit der Blasenschleimhaut zustande kommt, während dort ein starrer Metallstab sich dem Blasenboden anschmiegen soll; andererseits den Nachteil, das die in dem Führungsrohr aufs äußerste zusammengedrückte Uhrfeder leicht ein-

mal springen kann, und man dann beim Vorschieben, ohne es zu bemerken, die spitzen Bruchstücke in die Blasenschleimhaut bohren würde.

Nachprüfungen über die praktische Brauchbarkeit des Instrumentes liegen noch nicht vor.

A priori läßt sich über das C.'sche und alle ähnlichen Instrumente sagen:

Die Bedürfnisfrage muß verneint werden, denn der Harnleiterkatheterismus löst seine Aufgabe in unübertrefflicher Weise. Die ihm angeblich anhaftende Infektionsgefahr für Niere und Nierenbecken ist durch die Mitteilungen Kümmell's, Casper's und vieler anderer, ganz vereinzelte Ausnahmen abgerechnet, widerlegt.

Der Reiz, den das lange Liegenlassen des voluminösen Instrumentes in der Blase, besonders der entzündeten, hervorruft, ist ein ungleich größerer, als der, den ein kunstgerecht und schnell ausgeführter Ureterenkatheterismus ausübt, bei dem dann die ganze zur Sammlung des Urins notwendige Zeit über nur die beiden Ureterenkatheter in der Blase liegen.

Die so häufige asymmetrische Gestaltung des Blasenbodens, infolge asymmetrischer Insertion der Harnleitermündungen, beim Manne ferner infolge Prostatahypertrophie, bei der Frau infolge der engen Beziehungen des Blasenbodens zu Gebärmutter und Scheide, das Vorhandensein einer stärker ausgebildeten Trabekelblase, lassen die sichere, wasserdichte Trennung beider Blasenhälften durchaus illusorisch erscheinen.

Die vorhergehende Cystoskopie kann, will man nicht vollkommen unsicher und im Dunkeln arbeiten, auch bei Anwendung des C.'schen Instrumentes nicht entbehrt werden. **Willi Hirt** (Breslau).

---

16) **Cohn.** Kann der Harnleiterkatheterismus durch Harnsegregatoren ersetzt werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. p. 362.)

Verf. hat die Urinseparatoren von Neumann, Downes, Luys und Cathelin in mehreren Fällen angewendet, um sie auf ihre Brauchbarkeit zu prüfen. Das Neumann'sche Instrument verursachte so große Schmerzen, daß jedesmal von dem Zuendeführen des Versuches Abstand genommen werden mußte. Auch die Anwendung des Downes'schen Apparates war überaus schmerzhaft, namentlich beim Manne, doch konnten Resultate erzielt werden, die, verglichen mit denen des Harnröhrenkatheterismus, die Brauchbarkeit des Instrumentes dartaten. Die von den französischen Autoren angegebenen Instrumente lieferten bisher dem Verf. keine brauchbaren Resultate, da auch bei diesen die Schmerzhaftigkeit eine so große war, daß die Untersuchung häufig unterbrochen werden mußte. Diesen Erfahrungen stehen solche von Lichtenstern gegenüber, welcher mit dem

Harnsegregator von Luys gute Resultate bei der Blase der Frau erzielte, und die von Garrè, welcher den Apparat beim Manne und beim Weibe als recht brauchbar schätzen lernte (cf. Therapeutische Monatshefte 1903 Januar).

Langemak (Rostock).

---

17) **Asakura.** Über das Vorkommen von Streptokokken in der normalen Harnröhre des Mannes.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XIV. Hft. 3.)

A. untersuchte bei 112 Männern die Harnröhre (jedoch nur bis in eine Tiefe von 1—2 cm) auf das Vorkommen von Streptokokken, und fand dieselben in 12%. Daneben fanden sich viele andere Mikroorganismen, nur 9 Fälle von 50 ergaben vollständige Sterilität.

Fr. Brunner (Zürich).

---

18) **O. H. Forssell.** Eine verbesserte Methode zum Nachweis von Tuberkelbazillen im Harn.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 276.)

F. empfiehlt folgende von ihm als ganz zuverlässig erprobte Methode. Ca. 1000 ccm Harn kommen für 24 Stunden in ein eigenes Sedimentiergefäß. Dasselbe ist ein 40 cm langer und 6 cm breiter Glascylinder, der sich unten plötzlich konisch auf 1 cm Breite verjüngt und hier durch einen gläsernen Drehhahn abgeschlossen ist.

Der nach 24 Stunden absedimentierte Bodensatz wird in zwei ebenfalls cylindrische und unten konisch zugespitzte Zentrifugenröhren gesammelt, und diese mit einer starken Zentrifuge (»Laktokrit« mit 7000, 8000 bis 10000 Drehungen pro Minute) 15—20 Minuten lang behandelt. Fast sämtliche Tuberkelbazillen sind dann in der Spitze der ersten Zentrifugenröhre gesammelt und leicht nachweisbar. Ist der Urin stark schleimhaltig, so hindert der Schleim das Herabsinken der Bazillen, welche dann an der Glaswand des Cylinders haften bleiben. In solchen Fällen soll der Harnschleim mittels einer Borsäure-Boraxlösung (12%) oder einer Sodalösung (5%) vor Anstellung der Probe aufgelöst werden. Das Sedimentieren des Harns in gewöhnlichen Spitzgläsern gibt nicht entfernt so gute Resultate wie F.'s Methode. Auch F. betont, daß der Harn nur bei Tuberkulose des uropoetischen Systems Tuberkelbazillen enthält, nicht etwa bei irgend welchen anderen inneren Tuberkulosen (Lungenphthise etc.). Was die Vortäuschung der Tuberkelbazillen durch Smegmabazillen betrifft, so ist zu betonen, daß letztere im Katheterharn nicht zu gewärtigen sind, bei natürlich gelassenem Harn meist nur bei Frauen und bei Männern mit langer Vorhaut. Auch sind verschiedentlich feinere morphologische Unterschiede zwischen beiden Bazillenarten beschrieben. Ferner gibt F. an, daß, wie er fand, nach Behandlung der zu untersuchenden Deckglaspräparate mit Karbolfuchsin und Salpetersäure eine drei Minuten lange Applikation von 50%igem Aceton-

alkohol die Smegmabazillen entfärbt, dagegen die Tuberkelbazillen nicht. Betreffs Kulturunterschiedes der beiden Bazillenarten fand er, daß Tuberkelbazillen auf sog. »Heydenagar« und »Heydenbouillon« wachsen, die Smegmabazillen dagegen nie. Zum Schluß steht ein Literaturverzeichnis mit einigen zwanzig Arbeiten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

19) **P. Asch.** Über das Schicksal der in die Nierenarterien eingebrachten Tuberkelbazillen.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XIV. Hft. 4.)

In gleicher Weise wie in früheren Versuchen (s. Zentralbl. f. Chir. 1902 p. 996) hat Verf. Tuberkelbazillenkulturen in die Artt. renales von Hunden injiziert. Danach trat in einem Teile der Versuche eine akute Erkrankung ein, der die Tiere schnell erlagen und bei der auch andere Organe als die Nieren tuberkulöse Veränderungen zeigten; in einem anderen Teile der Versuche war die Erkrankung chronisch, und es waren nur die Nieren tuberkulös erkrankt. Die Erkrankung der Nieren entsprach der Miliartuberkulose des Menschen durchaus, es war immer die äußerste Rindenschicht am frühesten und reichlichsten mit Tuberkeln durchsetzt. Stets fand eine Ausscheidung von Tuberkelbazillen durch den Urin statt, aber nicht kontinuierlich, sondern mit Unterbrechungen, woraus als praktisch wichtig folgt, daß der Urin bei Verdacht auf Nierentuberkulose wiederholt auf Tuberkelbazillen zu untersuchen ist. Die Frage, ob Tuberkelbazillen durch die gesunde Niere ausgeschieden werden, dürfte verneint werden.

Fr. Brunner (Zürich).

---

20) **M. A. Wassiljew.** Über den Einfluß der Resektion des Vas deferens auf den Tonus des Sphinkters der Harnblase.

(Russ. Archiv für Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1. 1903. [Russisch.])

Durch Beobachtung einschlägiger Fälle und das Studium der Physiologie der Harnentleerung ist W. auf den Gedanken gekommen, daß die Besserung, welche bei der Prostatahypertrophie nach den Sexualoperationen (Kastration etc.) eintritt, durch Minderung des Tonus am Sphinkter der Harnblase bewirkt sein könne.

Er versuchte deshalb an 17 Hunden den Einfluß der Resektion des Vas deferens auf den Sphinktertonus zu prüfen. Die Tiere wurden morphinisiert und laparotomiert. Ein Harnleiter wurde dicht an der Blase abgeschnitten und hier eine Kanüle eingeführt zum Füllen der Blase. Diese Kanüle fiel weg, wenn die Blase sich als stark gefüllt erwies. Durch den Blasenfundus wurde eine graduierte, 1 m lange Röhre gestoßen, die als Manometer diente. Nun wurde auf die Blase gedrückt und am Manometer in dem Moment abgelesen, wo der erste Tropfen aus der Harnröhre zum Vorschein kam. Nach erfolgter Resektion des Vas deferens wurde eine zweite Ablesung gemacht.

Es ergab sich, daß in fünf Fällen ein Unterschied nicht zu bemerken war, in den übrigen zwölf aber ein solcher von 100—400 mm gefunden wurde; am häufigsten, nämlich viermal, betrug er 200 mm. In sechs Fällen wurde auch nach dem Tode der Druck bestimmt: in drei Fällen blieb er unverändert, es hatte also durch die Operation eine vollständige Erschlaffung des Sphinkters stattgefunden; in den drei übrigen Fällen fiel der Druck nach dem Tode weiter, der Sphinkter war also durch die Operation nur geschwächt worden.

Weiter konnte festgestellt werden, daß der Zeitraum zwischen Resektion und Eintritt der größten Schwäche des Sphinkters zwischen 2 und 13 Minuten schwankte. In vier Fällen sank der Tonus momentan bei Beginn des Versuches (Einfluß des Traumas), stieg dann wieder, um nach der Resektion abermals zu sinken.

Durch diese Versuche hält W. seine Überlegung für bewiesen. Er weist zum Schluß darauf hin, daß durch die Beseitigung des Sphinktertonus auch auf die Circulation der Blase und Prostata ein günstiger Einfluß geübt werde, der für den Bestand der Besserung nach der Operation vielleicht von Bedeutung sei.

V. E. Mertens (Breslau).

---

21) **R. Proust.** Manuel de la prostatectomie périnéale pour hypertrophie.

Paris, C. **Naud**, 1902. 190 S. 42 Fig. 6 Taf.

Die anatomische Schilderung legt Wert vor allem darauf, daß im Operationsgebiete zwei »entfaltbare Räume« sich befinden (espaces décollables), in denen man ohne Blutung in die Tiefe gelangt. Der »espace rétrobulbaire« befindet sich, begrenzt nach hinten vom Mastdarm, zwischen dem Musc. recto-urethralis und der Rhaphe, die gebildet wird durch die Vereinigung der vorderen Anal-Sphinkterfasern mit den Fasern der Mm. bulbocavernosi. In diesem Raume entfaltet sich, besonders bei alten Leuten, in mächtiger Ausdehnung der Bulbus urethrae, der bei der Operation nach oben gezogen wird. Der zweite Raum ist der »espace decollable rétro-prostatique«. Er ist im natürlichen Zustande obliteriert durch Verwachsung der beiden Blätter der Aponeurosis prostato-perinealis, der Lamina rectalis und der Lamina genitalis.

Den »Schlüssel« zu diesem Raume bildet wieder der Musc. recto-urethralis. In diesem Raume kann man ohne jede Blutung die ganze hintere Prostatafläche und die Samenblasen freilegen und vom Mastdarm isolieren.

Aus dem pathologisch-anatomischen Kapitel seien folgende Sätze hervorgehoben. Eine primäre Blasenschwäche bei Prostatahypertrophie kommt nur ausnahmsweise vor. Pat. mit kompletter Retention haben oft bessere Blasen als Pat. mit inkompletter. Der mittlere Lappen hat wenig Wichtigkeit bezüglich der Häufigkeit seines Auftretens und als Ursache für die Retention. Es ist unrecht, die einzelnen Formen der Hypertrophie, Mittel- oder Seitenlappenhyper-

trophie, einander gegenüberzustellen; die Ursache der Retention ist die Hypertrophie im allgemeinen. Wichtig ist vor allem die Verlängerung des Harnröhrenkanals, die den Hochstand des Blasenhalses und die Ausbildung des bas-fond hervorruft.

Der Weg durch die Pars prostatica wird ein Engpaß, trotz der Vergrößerung des antero-posterioren Durchmessers. Bei freier Wahl ist der Beginn der zweiten Krankheitsperiode (relative Insuffizienz) der beste Zeitpunkt für die Operation. Vorher kann die Operation durch akute Retention nötig werden, wenn das prostatische Hindernis sehr beträchtlich ist. Hierüber gibt die intraurethrale Untersuchung (wo bleibt die Cystoskopie? Ref.) besseren Aufschluß als die rektale Untersuchung. Andere Indikationen für die Operation sind wiederholte Blutungen infolge Katherismus, Kongestionszuständen oder intraprostatischen Geschwülsten (ein Fall der Art wird berichtet). Ferner Infektion. Der Bas-fond kann nur durch ausgiebige Drainage nach Prostatektomie desinfiziert werden. Endlich Vorhandensein von Blasensteinen. — Die Technik der Operation wird an der Hand von 17 Abbildungen genau beschrieben. Nach sorgfältigster Isolierung wird die Prostata halbiert und die beiden Hälften werden mit der Schere exzidiert; das »Morcellement« nach Albarran wird auch besprochen und in seinen besonderen Indikationen gewürdigt. Partielle Harnröhrennaht; Dauerkatheter (für Blasenspülung) und Perinealdrainage (für den Urin). Statistisch wird über 16 Fälle bei kompletter Retention berichtet (15 völlige Heilungen, beobachtet seit $^1/_2$—$1^1/_2$ Jahren p. op.) und über 14 Fälle bei inkompletter Retention (9 völlige Heilungen [$^1/_2$—$2^1/_4$ Jahre], 3 mit wenig Residualharn, 2 gebesserte). Verf. macht darauf aufmerksam, daß auch die Bottini'sche Operation bei kompletter Retention bessere Resultate hat als bei inkompletter. Angaben über die Mortalität der Operation fehlen.

Willi Hirt (Breslau).

---

22) **G. Ruggi** (Modena). Prostatectomia perineale subcapsulare. Nota praeventiva.

(Bull. delle scienze med. di Bologna 1903.)

R. teilt kurz folgendes Operationsverfahren behufs Entfernung der Prostata mit: Ähnlich der Dittel'schen Schnittführung wird der Damm median gespalten und die Afteröffnung in 1,5 cm Entfernung links umgangen. Unter Schonung des Bulbus, der Gefäße, Nerven und Muskeln wird die Pars membranacea et prostatica urethrae gespalten und ein von R. konstruiertes, gekrümmtes, zangenartiges Instrument, mit gefensterten Branchen, in die Blase geführt und mit diesem die Prostata erfaßt und heruntergezogen. R. hat diese Operation dreimal mit gutem Erfolge ausgeführt und empfiehlt sie zur Entfernung von Geschwülsten sowie von Hypertrophien.

A. Most (Breslau).

---

23) **Nobe.** Über Blasenruptur.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XIV. Hft. 2.)

Im Anschluß an zwei Fälle von subkutaner Blasenruptur aus der Klinik von Mikulicz und einem von Oberstabsarzt Dr. Eichel beobachteten Fall, die genauer mitgeteilt werden, stellt Verf. weitere 32 Fälle aus der Literatur zusammen, die nach Erscheinen einer Dissertation von Wemmers (München 1900, 24 Fälle) publiziert sind. Von den 35 Pat. wurden 14 nicht operiert; davon starben 7 und genasen 7; 21 wurden operiert, davon starben 3, von welchen 2 erst am 5. resp. 8. Tage operiert worden waren. Verf. rät zu möglichst baldiger Operation. Bei intraperitonealer Ruptur muß die Rupturstelle immer aufgesucht und genäht werden, bei extraperitonealer ist es dagegen nicht nötig, lange nach der Rupturstelle zu suchen oder die Blase zur Auffindung derselben zu eröffnen; es genügt die Inzision des prävesikalen Raumes und die Tamponade desselben mit Einlegen eines Dauerkatheters.

Fr. Brunner (Zürich).

---

24) **P. Bazy.** Contribution à la pathogénie de l'hydronephrose intermittente; bassinets et uretères des nouveau-nés.

(Revue de chir. XXIII. Jahrg. Nr. 1.)

In dieser originellen Arbeit, die Verf. durch eine genaue Mitteilung eines Falles von Uretero-pyelo-neostomie einleitet, sucht er die Pathologie der Hydronephrose in einer neuen Form zu begründen, indem er die angeborenen Anlagen zu dieser Anomalie studiert. Gemeinschaftlich mit Marcille hat er 100 Harnleiter und Nierenbecken Neugeborener in situ injiziert und Korrosionspräparate hergestellt. Von diesen glückten etwa 63, die folgendes erkennen ließen:

Ganz normale Verhältnisse boten die Harnleiter nur etwa 15mal; sonst zeigten sie Strikturen, Knickungen, Falten und Drehungen. Oft fanden sich mehrere Fehler zusammen. 35mal konnte man die Insertionsstelle des Harnleiters im Nierenbecken als abnorm bezeichnen.

27 Harnleiter wiesen Strikturen auf — ringförmige, lineäre, lange oder kurze; 15 waren quergefaltet, 3 torquiert. Sämtliche 63 Präparate sind abgebildet und veranschaulichen das Beschriebene.

Wichtiger sind die Nierenbeckenformen und ihre Beziehungen zum Harnleiterabgang. Je nachdem die Nierenbecken vom Organ umschlossen werden bezw. aus demselben herausragen, teilt B. sie in äußere (vorspringende), innere und Mittelformen. Die erste Kategorie (31mal vorhanden) wird am ehesten nachträglichen Veränderungen ausgesetzt sein, am wenigsten ein rudimentäres oder gegabeltes Becken. Des weiteren gibt es, bedingt durch die Höhe des Harnleiterabgangs, senkrechte und wagrechte, schräge, winkliche, trichter- und dudelsackförmige Nierenbecken.

Es gehört nun doch das Zusammentreffen mehrerer, der Urinstagnation im Becken Vorschub leistender Faktoren — winklige

Form, vorspringendes Becken, Harnleiterenge (Knickung usw.) — dazu, die Hydronephrose zur Entwicklung zu bringen. Besteht einmal Harnstagnation, so genügt der geringste Anlaß von außen oder innen — chemische, toxische Reizung des Urins, abgeschwächte Infektionen, Entzündungen der Nachbarorgane —, um Verwachsungen zu erzeugen oder Schrumpfungen der Harnleitersubmukosa. Jene hindern das erweiterte Becken sich wieder zusammenzuziehen, diese falten und knicken den Harnleiter noch mehr. Die durch Urinretention im erweiterten Becken beschwerte Niere wird ihrem Gewicht folgend hinabsteigen und wandern; die Hydronephrose ist das Primäre, die Senkung das Sekundäre — dans beaucoup de cas, sinon presque tons; dafür spreche das nur wenig seltenere Vorkommen der Hydronephrose beim Manne im Verhältnis zum Weibe (2 : 3).

Obgleich sich gegen die Beweisführung B,'s und seine Schlüsse, vielleicht auch gegen die Präparationsweise mancherlei Bedenken geltend machen, ist doch die Arbeit von grundsätzlicher Bedeutung. Für die Häufigkeit der Wanderniere beim Weibe kann jedoch B.'s Hypothese von der Entstehungsursache kaum als Erklärung dienen.

Christel (Metz).

---

25) **Gatti.** Nefrolitotomia digitale.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903. Nr. 32.)

Mit diesem Namen bezeichnet G. ein Verfahren der Steinentfernung aus der Niere, das er in 2 Fällen (Phosphatstein und Oxalatstein) mit gutem Erfolg angewandt hat. Die Capsula fibrosa wird am konvexen Nierenrand dem Nierenbecken gegenüber in geringer Breite inzidiert. Nun durchbohrt der Finger die ganze Niere, Kortikal- und Medullarsubstanz, bis zum Nierenbecken. Steine in den Kelchen werden gut gefühlt und mit einer Pinzette unter Leitung des Fingers herausbefördert. So wird eine stärkere Blutung vermieden, die bei der Nephrotomie verschiedentlich den Tod sofort und später verursacht hat. Bei Tieren hat G. die Veränderungen studiert, welche der Eingriff hervorruft, und gefunden, daß diese Veränderungen nur lokaler Natur sind, und in der Niere insgesamt weder entzündliche noch degenerative Prozesse folgen. Die lokalen Wunden heilten mit glatter Narbe, die bedeutungslos war. **Dreyer** (Köln).

---

26) **O. Langemak.** Über die Wirkung der Nephrotomie nach Nephrektomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 287.)

L. berichtet über Tierversuche, ausgeführt an 55 Kaninchen, denen die rechte Niere exstipiert wurde, während die linke gespalten und wieder vernäht wurde. Es ergab sich, daß die Sterblichkeitsziffer eine hohe, die Todesursache eine mannigfaltige war, und daß auch nach anfänglich gut überstandener Operation Folgezustände eintreten

können, die das Leben gefährden oder dessen Fortbestehen unmöglich machen. Besonders hervorzuheben ist die Häufigkeit der Steinbildung in der zurückgelassenen und inzidierten Niere, welche bei 55,5% der überlebenden Tiere, und zwar schon nach durchschnittlich $10^1/_2$ Tagen gefunden ist. (Bei einfacher Nephrotomie an Kaninchen hatte L. die Lithiasis in 32% der Versuchstiere und durchschnittlich nach 14 Tagen beobachtet.) Wie auch bei seinen früheren Versuchen mit einfacher Nephrotomie fand L. bei der jetzigen Versuchsordnung wiederum regelmäßig eine Infarktbildung als Folge des Nierenschnittes. Die Heilung des letzteren erfolgt stets unter partieller Nekrose und Einbuße von Nierenparenchym, wodurch zusammen mit der Bindegewebsschrumpfung stets eine sichtbare Narbeneinziehung an dem Organe herbeigeführt wird. Beim Menschen ist die Nephrotomie nebst Ektomie der anderen Niere noch um so schwerer anzuschlagen, als es sich stets um bereits kranke Organe handelt. L. rät dabei erst die Nephrotomie der einen Seite und dann die Nephrektomie der anderen vorzunehmen, da nach Fiori's Untersuchungen der Doppeleingriff in dieser Reihenfolge besser vertragen wird.

Im Verlauf seiner Erörterungen macht L. darauf aufmerksam, daß die Wundheilung im Nierenschnitte der Tiere sich durch die in dem Organe vorhandene Hyperämie deutlich günstig beeinflußt zeigte. Frühere hierüber mitgeteilte Erörterungen bestätigend, führt er ferner aus, daß die Nephrotomie nicht als harmloser Eingriff zu betrachten sei, und unterzieht auch die Bestrebungen, parenchymatöse Nierenerkrankungen durch Inzisionen zu behandeln, einer skeptischen Kritik. Mit Wolff setzt er sich betreffs der feineren Heilungsvorgänge nach Nephrotomie polemisch auseinander.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

27) **J. Borelius.** Zur Genese und klinischen Diagnose der polycystischen Degeneration der Nieren.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. 3. F. Bd. I. Nr. 27. [Deutsch.])

Verf. hat in wenig mehr als einem Jahre zweimal typische Cystennieren bei Operationen wegen Nierengeschwülsten angetroffen und ist dadurch zum Studium der klinischen Diagnostik der Cystennieren geführt worden. Dabei hat er auch einige Beobachtungen hinsichtlich der Genese gemacht, die von ganz besonderem Interesse sind.

Man hat drei verschiedene Theorien für die Entstehung dieser Krankheit aufgestellt: Retention (auf entzündlicher Basis), Neubildung und Mißbildung als Grund der anatomischen Veränderungen bezeichnet. Keine dieser Theorien ist an sich imstande zu erklären, wie die verschiedenen Veränderungen der Nieren entstanden sind. Verf. weist nach, daß es unleugbar eine hereditäre Disposition für diese Krankheit gibt. Selbst hat er Cystennieren bei Vater, Sohn

und Neffen einer und derselben Familie beobachtet. Aus der Literatur führt er Beispiele der Heredität der Krankheit von Lauenstein, Beck und Steiner an (bei älteren Personen), ferner von Brückner, Schupman, Virchow und Carbonel (bei Neugeborenen). Ferner ist klinisch konstatiert worden, daß Cystennieren häufig gemeinsam mit angeborenen Mißbildungen verschiedener Art beobachtet sind, wie er es auch in seinen eigenen Fällen gefunden hat.

»Wären nun, schließt er, Cystennieren eine häufig vorkommende Affektion, so könnte das betreffende Verhältnis von einem Zufall abhängig sein; da aber Cystennieren sowohl bei Neugeborenen wie auch bei Erwachsenen als eine relativ seltene Erscheinung betrachtet werden müssen, so ist es nicht möglich, das Vorkommen mehrerer Fälle in derselben Familie oder das wiederholte Zusammentreffen mit Bildungsfehlern als Zufall aufzufassen. Ist es aber kein Znfall, sondern eine Erscheinung, welche ihre innere gegebene Ursache hat, so ist es ein Faktor, mit dem hinsichtlich der Genese zu rechnen ist. Es liegt dann am nächsten, in erster Linie an eine embryonale Hemmung als Grundursache der Affektion zu denken.«

Die vier vom Verf. beobachteten Fälle sind in ausführlichen Krankengeschichten mitgeteilt. In einem fand man die polycystische Degeneration zufällig bei der Sektion, in einem anderen verlief die Krankheit latent bis zum 70. Lebensjahre des Pat., dann traten Symptome von chronischer Urämie und von einer undeutlich tastbaren Geschwulst ein; Tod ohne Eingriff. In dem dritten Falle entwickelte sich die Nierengeschwulst latent, dann traten plötzlich Symptome einer Infektion der Geschwulst auf mit Hämaturie; in dem vierten Falle waren ausgesprochene Nierensymptome vorhanden, die jedoch mit Vorsicht aufgefaßt werden mußten, da Komplikation mit Nephrolithiasis vorlag; an der Stelle der einen Niere fand man eine tastbare Geschwulst.

Verf. erörtert schließlich die klinischen Erscheinungen in ausführlicher epikritischer Weise, in Bezug auf welche auf das Original zu verweisen ist. **Hansson** (Cimbrishamn).

---

28) **R. J. Wenglowski.** Über das Herabsteigen des Hodens.

(Arbeiten aus Prof. Djakonow's Klinik. Beilage zu: Chirurgie 1903. Februar. [Russisch.])

W. untersuchte makro- und mikroskopisch 46 menschliche Embryonen. 4 davon waren 2, 3, 7 und 16 mm lang, die übrigen 42 2—8 Monate alt. Die Arbeit ist durch 32 Photogramme auf 8 Tafeln illustriert und wird durch ein Literaturverzeichnis von 123 Nummern beschlossen. Hauptresultate: der primäre Descensus des Hodens (während des dritten und vierten Monats) hängt vom regelmäßigen Wachsen der Organe ab; der Hoden steigt bis zur festen Bauchwand herab. Vom vierten Monat an beginnt sich in der Bauchwand ein Weg für den Hoden zu bilden. Das Leitband und dessen Nachbarorgane werden zu dieser Zeit besonders intensiv genährt: die Blut-

gefäße werden unglaublich dilatiert. Infolgedessen hypertrophiert das Leitband und drängt dadurch die Nachbargewebe auseinander; es wächst in die Bauchhöhle hinein und zieht einen Teil der Muskelfasern mit sich fort. Das Leitband selbst besteht aus bloßem Bindegewebe und ist von einem Peritonealfortsatz umgeben. Besonders stark hypertrophiert der Teil des Leitbandes, der in der Dicke der Bauchwandmuskeln liegt; einzelne Bindegewebsstränge dringen zwischen die inneren Muskelfasern, und so bildet sich der Weg für den sekundär herabsteigenden Hoden. Beim Hineinwachsen des Leitbandes in die Bauchhöhle wird auch der Peritonealfortsatz mit hinaufgezogen. Nun beginnt das Bindegewebe des Leitbandes zu atrophieren, gleichzeitig drücken die Därme auf den Hoden, und so steigt letzterer durch die Bauchwand in den Hodensack hinab. Das Leitband wird immer kürzer und wickelt sich gleichzeitig auseinander, auf diese Art die Wand des Processus vaginalis verstärkend. Die beiden Hauptfunktionen sind also: die Bildung des Weges für den Hoden und seiner definitiven Hüllen. Die zahlreichen Details müssen im Original studiert werden. Eine ausführliche Geschichte der Frage bildet den ersten Teil der Arbeit.

Gückel (Kondal, Saratow).

Kleinere Mitteilungen.

Über präperitoneale Flüssigkeitsansammlungen bei Rupturen der Harnwege.

Von

Dr. **Oscar Johannsen,**

Oberarzt am Stadtkrankenhause zu Libau (Rußland).

Im Jahre 1893 veröffentlichte ich in Nr. 34 der Petersburger med. Wochenschrift einen Fall von Symphysenruptur mit Harnverhaltung, bei dem ich durch die Perkussion eine eigentümliche Dämpfungslinie am Abdomen entdeckte.

Dieselbe befand sich in der Linea alba vier Finger breit unter dem Nabel und ging dann beiderseits symmetrisch in einer Kreislinie nach abwärts fast bis zu einer Linie, welche man sich von einer Spina ant. sup. ossis ilei zur anderen gezogen denken konnte. Statt jedoch nun nach innen sich zu wenden, um in der Kreislinie zu bleiben, wie das der Form einer Blasendämpfung entsprochen haben würde, wand sich hier die Dämpfungslinie beiderseits nach auswärts und ging fast in einer horizontalen Linie zur Spina il. ant. sup. herab: _⌒_

Ich führte nun einen silbernen Katheter widerstandslos ein, und es entleerte sich eine große Menge etwas trüben, jedoch unblutigen Urins, und die eigentümliche Dämpfungslinie war verschwunden.

Wie die Sektion nachher ergab, war hier die Harnröhre dicht am Übergang in die Blase quer abgerissen und es hatte das durch Urin ausgedehnte Cavum Retzii diese Dämpfungslinie hervorgerufen.

Ich habe später an der Leiche diese Dämpfungslinie durch Anfüllung des Cavum Retzii experimentell erzeugt.

Ich machte lege artis den Schnitt der Sectio alta bis auf die Blase, löste diese dann einige Centimeter von der Bauchwand ab, führte einen Gummidrain hinein und vernähte dann wieder den Schnitt. Dann injizierte ich durch das

herausstehende Stück Drainrohr Wasser in das Cavum Retzii, und nach Injektion von 300 ccm trat die charakteristische Dämpfungslinie auf.

Nach weiterer Injektion von 100 ccm konnte man eine dieser ersten Dämpfungslinie genau parallele zweite konstatieren, nach weiterer Injektion von 100 ccm eine dritte etc.

Nachdem ich so durch Injektion von 800 ccm sechs genau parallele Linien erzielt hatte, eröffnete ich durch einen Schnitt über dem Nabel die Bauchhöhle und betrachtete mir den präperitonealen Raum von seiner Rückseite.

Derselbe hatte in seinem oberen Teile einen Dickendurchmesser von 3 cm.

Bei einem zweiten Versuche erzielte ich ganz dieselbe Dämpfungslinie, bei einem dritten eine einfache Bogenlinie, die von einem Poupart'schen Bande zum anderen sich erstreckte: ⌒.

Immer also hob sich das Peritoneum von der Bauchwand in Form einer nach oben konvexen Linie ab, deren Scheitel in der Linea alba sich befand, während die Schenkel stets beiderseits bis zum Poupart'schen Bande sich verfolgen ließen.

Wenn nun Urin in solch ein Cavum hineingelangt, so ist ersichtlich, daß nur durch Eröffnung dieses Raumes von oben derselbe ausreichend gereinigt werden kann.

Ich hatte mir daher folgende Indikation aufgestellt: *Wenn im Anschluß an Ruptur der Harnwege diese Dämpfungslinie auftritt, so muß unter allen Umständen das Cavum Retzii eröffnet werden.*

In diesem Jahre hatte ich nun wiederum Gelegenheit, diese Dämpfungslinie zu finden und meine Auffassung bestätigt zu sehen:

Am 18. Februar wurde ein 28jähriger, herkulisch gebauter Mann ins Hospital gebracht. Derselbe hatte in liegender Stellung unter einer Eisenplatte sich befunden, als auf diese ein großer, schwerer Ambos herabstürzte.

Der 8 Stunden nach der Verletzung aufgenommene Status praesens ergab:

Stellung des Beckens und der Beine normal. Am Damm links von der Rhaphe bemerkt man eine große blutunterlaufene Stelle. Über dem rechten Poupart'schen Bande, entsprechend den zwei inneren Dritteln desselben, ist die Haut geschwollen und bläulich verfärbt, noch stärker blutunterlaufen ist die rechte Hälfte des Skrotum.

Der Druck auf das rechte Lig. Pouparti ist empfindlich, und man fühlt nicht den horizontalen Schambeinast, während dieser links deutlich durchzufühlen und nicht druckempfindlich ist. Dagegen ist auf der linken Seite der Druck auf die Spina il. ant. sup., den Trochanter maj. und den Tuber ischii sehr schmerzhaft, desgleichen der Schlag auf die Fußsohle und die Drehbewegung des Beines.

Bei der Perkussion des Abdomen bemerkte man eine nach oben konvexe Linie, deren Scheitel in der Linea alba bis zur Höhe der Linea interspinalis reicht und die dann beiderseits bis zum Poupart'schen Bande sich verfolgen läßt, wo sie links 3 cm, rechts $1/2$ cm unter der Spina il. ant. sup. endigt.

Seit der Verletzung besteht Harnverhaltung und quälender Harndrang.

Aus dem eingeführten Katheter fließt ca. $1/2$ Eßlöffel dunkler, blutiger Flüssigkeit heraus.

Hier lag also zweifellos eine Flüssigkeitsansammlung im Cavum Retzii vor, und da diese Flüssigkeit vielleicht auch Urinteile enthalten konnte, so schritt ich zur Eröffnung dieses Raumes.

Nach Durchtrennung der Bauchwand in der Linea alba gelangte ich mit dem Finger in eine große Höhle. Die beiden Schambeine stehen ca. 3 cm voneinander ab, das rechte Schambein steht tiefer, und am Angulus ist rauher Knochen zu fühlen.

In einer Tiefe von 8 cm fühlt man die prall gefüllte Harnblase. Nach links setzt sich diese Höhle weiter in die Tiefe fort, und stößt man daselbst auf den eingeführten Katheter.

Nun machte ich auch den Schnitt der Urethrotomia ext., der hier eingeführte Finger konstatiert eine Fraktur im aufsteigenden Sitzbeinaste und begegnet dem von oben eingeführten Finger.

Ich zog nun den Katheter soweit zurück, daß seine Spitze gerade noch nicht den Schlitz in der Harnröhre verlassen hatte, und wendete denselben darauf etwas nach rechts, und da glitt derselbe in die Blase, worauf eine große Menge hellen, klaren, völlig unblutigen Urins herausfloß.

Es wird darauf ein Nélatonkatheter durch die Harnröhre in die Blase eingeführt und dann die große Höhle, aus welcher beständig in großer Menge dunkles Blut herausquoll, mit einem Jodoformgazestreifen tamponiert, worauf die Blutung stand. Subkutane Kochsalztransfusion. Abends Temperatur 37,3, Puls 90.

Am anderen Morgen hatte sich Pat. von seinem Blutverlust wieder ganz gut erholt. Morgens Temperatur 36,2, Puls 90, abends Temperatur 38, Puls 95.

Am 20. Februar morgens Temperatur 37,0, Puls 80, abends Temperatur 38,3.

Am 21. Februar morgens Temperatur 37,2. In der Nacht hatte sich der Katheter verstopft, und der ganze Verband war mit Urin durchtränkt. Ich entfernte daher denselben und führte einen großen Glasdrain durch die obere Öffnung herein und unten am Damme wieder heraus und befestigte unten an demselben noch ein Stück Gummischlauch.

Auf diese Weise ließ sich die Höhle sehr gut reinigen, besonders wenn man von unten so lange Borwasser einströmen ließ, bis die Flüssigkeit in der oberen Öffnung sichtbar wurde und sie dann wieder unten herausfließen ließ.

Auf dieselbe Weise wurde zum Schluß auch noch Jodoformemulsion eingespritzt bis dieselbe oben sichtbar wurde (80 g) und dieselbe dann erst nach einer Minute herausgelassen.

Bei diesem Verbandwechsel fand ich den rechten Schambeinast jetzt nicht mehr tiefer stehend als den linken. 5 Uhr abends Temperatur 39,6.

22.	Februar	morgens	Temperatur	38,0,			abends	38,6.		
23.	»	»	»	37,8,			»	38,6.		
24.	»	»	»	37,6,	Puls	106,	»	38,4,	Puls	106.
25.	»	»	»	38,0,	»	140,	»	39,4,	»	134.
26.	»	»	»	37,3,			»	38,4,	»	144.
27.	»	»	»	37,3,	»	122,	»	39,7.		
28.	»	»	»	37,8,	»	120,	»	37,5.		

Von nun an wurde die Höhle zweimal täglich mit Borwasser ausgespült. Die Absonderung von der Höhle war sehr gering, so daß schon nach zwei- oder dreimaligem Anfüllen der Höhle das Wasser unten bereits wieder rein zurückkam.

Heftige Magenschmerzen wurden durch tägliche Gaben von Bismut. salicyl. gemildert.

Am 22. und 24. Februar hatte sich des Nachts der Katheter wieder verstopft und war die Höhle mit Urin verunreinigt worden.

Am 26. Februar traten mehrfache schwarze Stühle auf, abends nach einem Klysma entleerten sich viele schwarze Fäces.

Am 27. Februar abends riß sich Pat., dessen Sensorium nicht klar war, den Katheter heraus, es gelang mir jedoch, denselben sogleich wieder einzuführen. Zeichen von Harnresorption lagen jedoch nicht vor: Die Zunge feucht und rot, kein Foetor ex ore etc. Am 28. Februar abends um 7½ Uhr trat plötzlich Collapsus und Tod ein.

Ich gestehe, daß ein so rascher Exitus mir unerwartet kam, denn Harnresorption lag nicht vor, und ein so kräftiger Mann hätte doch dieses Fieber noch viel länger vertragen müssen.

Die Sektion (ausgeführt von Herrn Dr. Lakschewitz) ergab nun auch als Todesursache eine abundante Blutung aus einem talergroßen Duodenalgeschwür. Am Becken wurde konstatiert:

Fractura ram. descend. ossis pub. dextr.
» » horizont. » » sin.,
» » ascend. » ischii sin.

Ferner Ruptura symphys. pub. und eine Diastase der Knochen an der Synchondrosis sacro-iliaca dextr. um 3 cm.

Die präperitoneale Höhle in gut reinem Zustande, nur befand sich in der-

selben ein Sequester von ca. $^1/_2$ cm Durchmesser, der wohl vom Angulus des rechten Schambeines abgesplittert war. Das Peritoneum spiegelnd. In der Bauchhöhle keine Flüssigkeit.

Ob ohne diese interkurrente Blutung aus dem Duodenalgeschwür bei den umfangreichen Beckenverletzungen in diesem Falle eine Heilung hätte erzielt werden können, bleibt zweifelhaft, indessen konnte infolge der Eröffnung des Cavum Retzii die Höhle gut gereinigt erhalten werden, was wohl nicht möglich gewesen wäre, wenn man nur den Schnitt am Damm gemacht hätte.

Wenn man ferner bedenkt, daß solche Verunreinigungen der Höhle mit Urin infolge Verstopfung des Katheters oder Herausgleiten desselben aus der Blase in einem jeden Falle sich wiederholen können, so ersieht man, wie notwendig es ist, daß solche Höhlen ausreichend durchgespült werden können.

Es hat uns dieser Fall also wiederum gezeigt:

1) daß eine solche Dämpfungslinie ein sicheres Zeichen für eine Flüssigkeitsansammlung im präperitonealen Raume ist und

2) daß das Auftreten derselben bei Ruptur der Harnwege eine sofortige Eröffnung dieses Raumes erfordert.

---

29) **E. Kantorowicz** (Berlin). Eine neue Paraffinspritze.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 16.)

Die Spritze ist nach dem Thermophorprinzip hergestellt; das Wesentliche an ihr ist ein doppelter, allseitig geschlossener Cylindermantel, in dessen Hohlraum das Wärmesalz (Natr. acet.) aufgespeichert ist. Sie besteht mitsamt ihrem Mantel aus einem Stück. Zum Gebrauch wird sie nur $^1/_2$ Minute lang in kochendes Waser getaucht, sodann das zum Schmelzen gebrachte Paraffin durch die aufgesetzte Nadel in das Spritzeninnere gesaugt. Die mit dem Paraffin beschickte Spritze bleibt mindestens 10 Minuten lang warm; die Nadel wird vor der Injektion nochmals durch Eintauchen in heißes Wasser erwärmt. **Kramer** (Glogau).

30) **K. Holzapfel.** Zur Sterilisation kleiner Verbandstoffmengen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 16.)

Um bei der Dampfdurchströmung den Dampf von oben nach unten gehen zu lassen, hat H. die Zweifel'schen Büchsen für die Sterilisation von Verbandstoffen etwas modifizirt und damit einen volle Sicherheit der Keimbefreiung gewährenden Apparat geschaffen; derselbe ist von Schädel in Leipzig zu beziehen.

Kramer (Glogau).

31) **Pagenstecher.** Arbeiten und Jahresbericht des Diakonissenhauses Paulinenstift zu Wiesbaden vom 1. April 1899 bis 31. März 1902.

Leipzig, Gedruckt bei J. B. Hirschfela.

Der Bericht umfaßt eine kurze Chronik über das verflossene Triennium. Danach hat sich die Krankenzahl nahezu verdoppelt gegenüber den vorangegangenen 3 Jahren des Bestehens. Es wurden 615 Operationen ausgeführt mit insgesamt 25 Todesfällen.

Ferner enthält der Bericht folgende Arbeiten:

1) Pagenstecher. Beiträge zu den Extremitätenmißbildungen. Brachydaktylie, Pollex valgus; Luxation des Radiusköpfchens und Mißbildung des Daumens etc.

Die Arbeit ist in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. L erschienen und bereits hier besprochen.

2) Pagenstecher. Über Ascites chylosus.

Es handelt sich um die Mitteilung des ersten mit Sicherheit dauernd geheilten, und zwar auf chirurgischem Wege geheilten Falles von chylösem Ascites und betrifft ein 5 Monate altes Kind. Es wurden etwa $1^1/_2$ Liter entleert; das Bauchfell war stark injiziert; die Flüssigkeit lag im freien Bauchraume; der Darm nur zum Teil injiziert, gebläht und mit schleimigem Belag belegt. Im Mesenterium

fanden sich zahlreiche hirsekorn- bis hanfkorngroße Bläschen oder Cystchen mit offenbar wässrig-milchigem Inhalte. Keine Geschwülste, keine Drüsenanschwellungen, Leber und Milz normal. Nach der Operation Schluß der Bauchhöhle. Sowohl nach dieser Laparotomie, wie nach der einige Tage vorher ausgeführten Punktion trat hohes Fieber mit bedrohlichen Erscheinungen auf. Verf. sieht als Ursache eine chronische Peritonitis an. Die hochinteressante Arbeit behandelt die ganze Frage in erschöpfender Weise und umfaßt sämtliche in der Literatur erwähnte Fälle von sogenannten traumatischen und idiopathischen Chylusergüssen. Es wäre zu wünschen, daß sie größeren Kreisen durch Veröffentlichung in einer chirurgischen Zeitschrift zugänglich gemacht würde.

3) Nitsche. Magenblutung bei Appendicitis.

Es handelte sich um einen 62 Jahre alten Mann, der, mit diffuser septischer Peritonitis eingeliefert, bereits am nächsten Tage im Kollaps starb. Die Sektion ergab einen Ileocoecalabszeß, Gangrän des Wurmfortsatzes; Magen und Jejunum mit Blut gefüllt, Atheromatose der Gefäße. Im Fundus des Magens fanden sich zahlreiche punktförmige, kleinste Geschwürchen, aus denen die Blutung stattgefunden hatte. Der Fall gehört zu den von Dieulafoy beschriebenen Magenblutungen bei Peritonitis.

4) Über Bismutose.

Dies Mittel wurde im Paulinenstift mit vielem Erfolge bei Magengeschwür und verwandten Reizzuständen des Magens gegeben und als solches empfohlen.

Tschmarke (Magdeburg).

32) **Hermann** (Nauen). Ein schwerer Fall von Tetanus traumaticus.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

Die tetanischen Erscheinungen traten bei dem 10jährigen Knaben, welcher sich ein Stück Holz in den Fuß getreten und infolgedessen eine Phlegmone des letzteren acquiriert hatte, erst am 6. Tage p. tr. auf und erstreckten sich über sämtliche Skelettmuskeln. Die am 3. und 5. Tage nach Beginn des Tetanus gemachten Antitoxineinspritzungen waren ohne Wirkung. Der Knabe erhielt außerdem Chloralhydrat, anfangs auch Morphin, von ersterem im ganzen 70 g, und vertrug diese großen Mengen von Narkoticis sehr gut. Heilung nach langsamem Nachlassen der Erscheinungen im Laufe von 7 Wochen. **Kramer** (Glogau).

33) **J. Sabrazès.** Blutuntersuchung bei Hydatidencysten; lokale und allgemeine Eosinophilie.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 13.)

Die Untersuchung des Blutes von sieben erwachsenen Kranken mit isolierten Echinokokkencysten (dreimal der Leber, einmal der Lunge, dreimal in den Muskeln) und eines Falles von multiplen Cysten ergab bedeutende Eosinophilie. Dieselbe, als Symptom der Echinokokkencysten, wurde jedoch nicht nur im Blute, sondern auch örtlich in dem die parasitäre Membran einhüllenden Bindegewebe beobachtet. War die Membran teilweise degeneriert oder rissig, so wurde sie von den eosinophilen Zellen ergriffen, und drangen diese in das Innere der nicht eitrigen Cyste ein, wo sie vergesellschaftet mit kleinen Charcot'schen Kristallen gefunden wurden. **Kramer** (Glogau).

34) **Federschmidt.** Zur Kasuistik und Therapie des äußeren Milzbrandes des Menschen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 14.)

Von den der Praxis F.'s und anderer Ärzte Dinkelbühls entstammenden zehn Fällen, welche Pinselarbeiter einer dortigen Fabrik betrafen, sind drei mit Exzision der Pustula maligna, sieben konservativ behandelt worden, erstere drei geheilt, von letzteren zwei, bei denen die regionären Lymphdrüsen ergriffen waren, gestorben. Sitz der Pustel war sechsmal das Gesicht, dreimal der Hals, einmal

die Hand. Milzbrandbazillen wurden in drei der Fälle in der ausgeschnittenen Pustel, in zwei auch in Organteilen und im Blute der Leiche nachgewiesen; in den anderen war eine bakteriologische Untersuchung nicht erfolgt. An den Pinselhaaren fanden sich unter fünf untersuchten Fällen dreimal die Bazillen. Bemerkenswert ist, daß in drei Ziegenhaare, bei zwei anderen Schweinsborsten und in einem chinesische Roßhaare die Infektionsquelle bildeten.

Auf Grund des günstigen Verlaufes seiner eigenen drei operativ behandelten Fälle spricht sich F. zugunsten frühzeitiger Exzision der Pustel aus.

Kramer (Glogau).

35) H. Widmann. Über Transplantationen ungestielter Hautlappen nach Krause.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Verf. empfiehlt auf Grund der Erfahrungen im allgemeinen Krankenhause zu Nürnberg die Hautüberpflanzungen nach Krause für solche Fälle, bei denen die Thiersch'sche Plastik keine genügend widerstandsfähige Bedeckung zu liefern imstande ist, so bei den Transplantationen am Unterschenkel nach Unterschenkelgeschwüren, bei der Deckung von Hautdefekten über Gelenken und vor allem bei den zahlreichen Hand- und Fingerverletzungen der maschinellen Betriebe.

Verf. legt den größten Wert darauf, daß streng aseptisch und durchaus trocken operiert wird. Das Operationsgebiet wird also nach der Desinfektion mit trockenen sterilen Tüchern abgerieben, ferner werden nur trockene sterile Instrumente benutzt. Der mit einer Lage des Unterhautzellgewebes exzidierte Lappen wird sorgfältig mittels Schere von diesem befreit, ehe er in den Defekt gelegt und dort mit einigen Nähten befestigt wird.

Von den 29 zur Operation gekommenen Fällen war nur 3mal ein absoluter, 2mal ein teilweiser Mißerfolg zu verzeichnen. Im übrigen war das Resultat ein erfreuliches.

Blauel (Tübingen).

36) W. Spiller. Traumatic lesions of the spinal cord without fracture of the vertebrae.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1903. Nr. 12.)

Verf. hat 4 Fälle von schwerer traumatischer Schädigung des Rückenmarkes ohne erkennbaren Wirbelsäulenbruch beobachtet. Krankengeschichte und Autopsiebefund folgenden Falles werden genauer mitgeteilt:

56jähriger Mann; nach Sturz aus dem Fenster mehrstündliche Bewußtlosigkeit. 2 Tage später Blasen- und Mastdarmlähmung, Parese sämtlicher Extremitäten verschiedenen Grades, Patellarreflexe vorhanden, Tastempfindlichkeit erhalten, Temperatur- und Schmerzsinn fast am ganzen Körper stark herabgesetzt. Am 7. Tage Verminderung der Kniereflexe, am 14. Tage Besserung der Parese der Beine, weniger der Arme, Tod am 38. Tage (Nephritis). Autopsiebefund: Myelitis transversa im Bereiche des 4.—5. Cervicalsegments, nur wenige und sehr kleine Hämorrhagien; in den unterhalb gelegenen Teilen des Rückenmarkes weniger ausgesprochene und umschriebenere, hauptsächlich auf die Pyramidenbahnen beschränkte Degenerationen. Ein Bruch der Wirbelsäule oder Kompression des Markes wurde nicht gefunden (3 Rückenmarksdurchschnitte).

Die Differentialdiagnose zwischen Hämatomyelie und traumatischer Myelitis ist nicht möglich. Die degenerativen Veränderungen im vorliegenden Falle waren nicht durch intramedulläre Blutungen, sondern durch Erschütterung der Wirbelsäule und des Markes zustande gekommen.

Mohr (Bielefeld).

37) E. Boerner. Über Fibrome des Halses mit Beziehungen zum Rückenmark.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 309.)

Interessanter Fall aus der Rostocker chirurgischen Klinik (Müller). 14jähriger Knabe, der vor ca. $1^1/_2$ Jahren zunächst allmählich zunehmende Schmerzen

in der rechten Schulter, in den Arm ausstrahlend, gefühlt hatte; dabei wurde eine rundliche Geschwulst an der rechten Halsseite bemerkt. In der Folgezeit unter Abnahme der Schmerzen aber Größezunahme der Geschwulst, wachsende Schwäche des rechten Armes, Steifigkeitsgefühl und Zittern bei Bewegungen im rechten Beine, schließlich auch Schwäche im linken Arme. Bei der Aufnahme zeigte der ziemlich elende Junge motorische Schwäche der Oberextremitäten mit Atrophie der Kleinfinger- und Daumenballen, der Interossei, der Vorderarmstrecker, des Biceps, Triceps und Deltoideus bei erhaltener Sensibilität, erhöhten Sehnenreflexen und fehlender Entartungsreaktion, ferner starke spastische Erscheinungen der Unterextremitäten (ähnlich wie amyotrophische Lateralsklerose) bei ebenfalls normaler Sensibilität. Hinter dem Kopfnicker eine gänseeigroße, ziemlich harte, bis an die Wirbelsäule verfolgbare Geschwulst. Dieselbe ließ sich bei der Operation ziemlich unschwer bis an die Wirbelsäule auslösen, wo sie sich mit einem Stiele in ein Foramen intervertebrale (V oder VI) begibt. Beim Ablösungsversuch hier reißt sie ab, und es entsteht starke venöse Blutung (Ven. vertebral.?). Doch gelingt auch die Auslösung des noch kleinhaselnußgroßen Geschwulstrestes aus dem stark erweiterten Intervertebralloch. Die Operation, der zunächst ziemlich Kollaps und in den ersten Tagen starke Pulsbeschleunigung folgte, heilte gut und hatte auch eine fast völlige Beseitigung der medullär-nervösen Störungen, ausgenommen die Muskelatrophien, zur Folge, so daß sicher anzunehmen ist, daß die Geschwulst rückenmarkskomprimierend gewirkt hatte.

Fibrome des Halses sind selten, de Quervain hat 25 gezählt, von denen zur Wirbelsäule 6, zum Rückenmark einer nähere Beziehung hatten. B. fügt aus der Literatur noch 2 weitere Fälle hinzu, wo auch Beziehung zum Rückenmark notiert ist. Der gute therapeutische Operationserfolg in B.'s Fall ist bemerkenswert. — Literaturverzeichnis von 10 Nummern. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

38) **Putnam, Krauss, Park.** Sarcoma of the third cervical segment: operation; removal; continued improvement.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Januar.)

Nach den Statistiken von Starr (1895), Bruns (1898), Putnam und Warren (1899), Lloyd (1902) sind etwa 40% der Rückenmarksgeschwülste Sarkome, meist des Brustteiles, am seltensten der Cervicalgegend. Extraduraler Sitz ist weit häufiger wie intraduraler und intramedullarer. Im Mittel wurde bei 30% der Operierten Heilung, bei 20% Besserung erzielt.

Verff. berichten über einen 45jährigen Mann mit Symptomen einer Geschwulst des dritten Cervicalsegmentes: vollständiger Verlust der Sensibilität von den Schlüsselbeinen abwärts, der Motilität des linken Armes und Beines, fast vollständige Lähmung der rechtsseitigen Extremitäten, Erhöhung aller Reflexe, Blasen-Darmstörungen etc. Nach partieller Laminektomie des 3.—4. Halswirbelbogens und Entfernung eines 2 cm langen, bleistiftdicken, intraduralen Rundzellensarkoms trat insofern eine Besserung ein, als 10 Wochen nach der Operation nur noch die Symptome einer gekreuzten Brown-Séquard'schen Paralyse bestanden, die sich noch weiter zurückbilden. **Bender** (Leipzig).

39) **Arnheim.** Ein Fall von hysterischer Kyphose.

(Fortschritte der Medizin 1902. Nr. 35.)

Die meisten in der Literatur beschriebenen hysterischen Deviationen der Wirbelsäule betreffen Skoliosen, einige Lordosen. Verf. beschreibt einen Fall von reiner Kyphose der Halswirbelsäule, bedingt durch hysterische Kontraktur der Hals- und Nackenmuskeln, bei einem 40 Jahre alten Manne, der vor $1^1/_4$ Jahren von einem Baugerüste abgestürzt ist. Eine Erkrankung der Wirbel ist ausgeschlossen; es bestehen noch andere Symptome von traumatischer Hysterie.

Kronacher (München).



40) Scheffler. Ein Skoliosen-Redressionsapparat.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Verf. lobt die Vorteile des Skoliosen-Redressionsapparates von Lorenz und findet es auffällig, daß derselbe nicht die Verbreitung gefunden habe, die er mit Recht verdiene. Schuld daran sei eine gewisse Umständlichkeit des Apparates. Diesen Übelstand sucht eine Modifikation des Apparates zu vermeiden, wie sie in der orthopädischen Heilanstalt von Schanz gebraucht wird und wie sie in der vorliegenden kleinen Mitteilung und Abbildung näher beschrieben ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

41) A. Hock. Ein Fall von hartnäckiger Incontinentia urinae durch Paraffininjektion geheilt.

(Prager med. Wochenschrift 1903.)

Nach einer Steinextraktion aus der Harnblase war eine Inkontinenz entstanden, welche trotz viermaliger Operation nicht zur Heilung gebracht werden konnte. Nach Injektion von im ganzen 11 g Paraffin in die Gegend des Blasenhalses trat völlige Kontinenz ein. **Bertelsmann** (Hamburg).

42) W. J. Lissjanski. Zur Therapie der impermeablen Harnröhrenverengerungen. Drei Fälle von Sectio alta und zwei Fälle von Urethrostomia perinealis.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 2 u. 3.)

L. führte 14mal die äußere Urethrotomie mit Resektion der Striktur aus; 9mal blieb die Wunde offen, 3mal wurde die Haut, 2mal auch die Schleimhaut genäht. Unmittelbares gutes Resultat; später mehrmals Rezidiv. In 3 Fällen, wo das zentrale Ende nicht zu finden war, machte L. die Sectio alta; 1mal Tod an Pyelonephritis, 2mal Erfolg günstig. In 2 Fällen mit alten Stenosen, zahlreichen Narben und Abszeß am Damm machte L. die perineale Urethrostomie (nach Poncet mit Modifikation: das periphere Ende wurde nicht ligiert, das zentrale Ende mit zwei seitlichen, in die Wunde geschlagenen Hautlappen vernäht) mit gutem Erfolg; die Pat. waren 50 resp. 48 Jahre alt und eine andere Methode nicht gut anwendbar. L. empfiehlt letztere Operation für alte vernachlässigte Fälle.

Gückel (Kondal, Saratow).

43) G. Ekehorn (Sundsvall). Ein neues Verfahren, um größere Defekte der Harnröhre durch Abwärtstransplantieren des Penis und des entsprechenden vorderen Teiles der Harnröhre zu schließen.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. 3. Folge. Bd. I. Nr. 28. [Deutsch.])

Eine sehr schwere Schußverletzung in der Aftergegend und im Damm, wobei der untere Teil des Mastdarmes mit dem Sphinkter und ein beträchtliches Stück der Harnröhre ganz und gar weggerissen wurde, hatte einen 9jährigen Knaben von hinten her durch Unfall getroffen. Nach 6monatlicher Behandlung hatte der Junge anstatt des Afters und Dammes einen Defekt, welcher eine nach unten offene Höhle bildete, die vorn vom Arcus pubis und hinten von der Gegend hinter dem Schambein begrenzt wurde. Am Boden dieser Höhle mündete der Mastdarm mit einer narbigen Verengerung und der zentrale Harnröhrenstumpf kurz vor der Blase. Der vordere Harnröhrenstumpf endete so weit nach vorn, daß der Schambogen hinter und über seinem hinteren Ende sichtbar war. Der Stuhl konnte, wenn er nicht zu dünn war, einigermaßen gehalten werden; der Sphinkter der Blase funktionierte ziemlich gut, nur wenn die Blase stark gefüllt war, sickerte etwas Harn hervor. Beim Harnlassen mußte Pat. über einem Geschirr sitzen, denn sonst lief der Urin an den Beinen hinab.

Da ein neuer Harnröhrenteil aus den zerstörten Weichteilen des Dammes nicht hergestellt werden konnte, mobilisierte Verf. den übriggebliebenen Teil des Penis mit seinen nächsten Weichteilen durch Ablösen derselben, einschließlich

dem Lig. suspensorium penis, von der vorderen Fläche des Schambeines durch Bildung eines Lappens mit oberer Basis und zwei vorwärts und aufwärts verlaufenden Schenkeln an jeder Seite des Hodensackes und Penis. Der Lappen konnte nun so weit herabgezogen werden, daß sich die beiden Harnröhrenstümpfe aneinander bringen ließen. Um jeder Spannung zu entgehen, wurde außerdem ein ungefähr centimeterhohes Stück vom unteren Rande der Symphyse und dem angrenzenden Schambeinkörper abgemeißelt. Schließlich wurden die Harnröhrenstümpfe, nach Anfrischung ihrer Wundflächen, um einen eingelegten Verweilkatheter zusammengenäht und der Lappen an seinem neuen Platz mit einigen Entspannungsnähten befestigt. Völlige Primärheilung. Die neue Harnröhre funktionierte ausgezeichnet.

Verf. hat an Leichen nachgeprüft, wieviel von der Harnröhre durch seine Methode zu ersetzen sei, und fand, daß sich die Harnröhrenstümpfe noch ohne Mühe vereinigen lassen, nachdem ein 8 cm langes Stück Harnröhre weggenommen men war.

Über die besonderen Vorsichtsmaßnahmen bei der Schnittführung. sowie über die eventuellen Anwendungen der Abwärtsverlegung des Penis bei pathologischen Veränderungen ist Studium des Originals zu empfehlen. **Hansson** (Cimbrishamn).

44) H. Dörfler (Weißenburg). Beitrag zur Symptomatologie des Prostatakarzinoms.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

D. teilt einen einen 62jährigen Mann betreffenden Fall von hochgradigem, weit vorgeschrittenem, ohne jedes lokale Symptom, besonders ohne jegliche Störung in der Urinentleerung verlaufenem Prostatakarzinom mit. Die Krankheit begann unter dem Bilde einer typischen Periappendicitis exsudativa und war in ihrem späteren Verlaufe vollkommen beherrscht von Symptomen einer intermittierenden Pyelitis resp. Urinstauung im rechten Nierenbecken, welche indes nur bei aufrechter Körperhaltung nach jedesmaligem Aufstehversuch auftrat und bei Bettruhe rasch schwand. Die Erklärung für diese auffallenden Erscheinungen brachte die Sektion. Es fand sich ein medullarer Prostatakrebs, der an der rechtsseitigen Harnleitereinmündungsstelle in die Blase durchgebrochen war, dort zu einer Verengerung dieser Mündung, zu Dilatation und Hypertrophie des Ureters und zu Hydronephrose geführt hatte. **Kramer** (Glogau).

45) L. Levy. Zur Kasuistik der Prostatageschwülste im Kindesalter. (Aus der chirurg. Univ.-Kinderklinik zu München.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

In dem mitgeteilten Falle eines 4jährigen Knaben hatte sich unter zunehmenden Beschwerden beim Harnlassen rasch ein Myxosarkom der Prostata entwickelt, welches schließlich das ganze kleine Becken ausfüllte und durch den Damm nach außen als blumenkohlartige, rötlich graue Geschwulstmasse durchbrach, Blase und Mastdarm frei lassend. Bei der Sektion wurden auch in der Niere zahlreiche Metastasen gefunden. **Kramer** (Glogau).

46) C. Goebel. Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der Cystitis und der Blasentumoren bei Bilharziakrankheit.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 223.)

G. hat im Diakonissenhospital in Alexandria reichlich Gelegenheit gehabt, durch das Distomum haematobium (Bilharzia) veranlaßte Blasenleiden zu beobachten und zu behandeln. Indem er hier seine reichen Erfahrungen über die chirurgische Behandlung dieser Fälle mit Sectio alta, mediana, sowie Ausschabung und partieller Resektion der Blase mitteilt, vermehrt er in dankenswerter Weise unsere Kenntnisse über diese bei uns nicht heimischen mannigfaltigen und zum Teil sehr beschwerlichen und in Bösartigkeit ausgehenden Leiden.

Das Vorkommen der Bilharzia beschränkt sich in Ägypten fast ausschließlich auf Araber und Kopten. Die Häufigkeit des Parasiten erhellt schon daraus, daß G. bei über 50 Steinoperationen nur zweimal keine Bilharziaeier nachweisen konnte, und daß er etwa 50mal die Bilharzia vesicae als Nebenbefund bei anderen Krankheiten, insbesondere Ankylostomiasis und Hämorrhoiden konstatiert hat. Von inneren Mitteln wurden die durch den Parasiten bezw. seine Eier und Embryonen verursachten Blasenbeschwerden, Cystitis, Hämaturie etc. durch Milchdiät, Salol und Urotropin, sowie durch roborierende Mittel günstig beeinflußt. Dagegen wirkten Blasenspülungen oft reizend, riefen Anfälle von Pyelonephritis und Fieberanfälle hervor. Stärkere Beschwerden, die von höheren Graden der Bilharziacystitis und noch mehr von den typischen Bilharziageschwülsten der Blase, bestehend in polypösen Granulationsgeschwülsten, veranlaßt sind, verlangen durchgängig einen operativen Eingriff, und hier hat sich dem Verf. die Sectio alta dem in Ägypten sonst vielfach ausgeübten medianen Harnröhrenschnitt bei weitem überlegen gezeigt. G. gibt die Übersicht über seine operativen Maßnahmen in drei Tabellen. Tabelle I enthält 7 Medianschnitte nebst Blasenauskratzung bei Cystitis, zum Teil kompliziert mit Striktur. Tabelle II 9 hohe Blasenschnitte wegen Cystitis, gefolgt von Blasenauskratzung mit stumpfem Steinlöffel und ein- bis zweitägiger Drainage. Der Eingriff befreite die Kranken von ihren quälenden Symptomen und machte sie wieder arbeitsfähig. Tabelle III 31 Bilharziageschwülste der Blase, zum Teil karzinomatös und sarkomatös. Behandlung mittels Sectio alta, mediana, Kolpocystotomie und Resectio partialis vesicae. Die Fälle dieser Kategorie sind die mannigfaltigsten. Abgesehen davon, daß außer den typischen Bilharziageschwülsten auch echte Karzinome und Sarkome konstatiert wurden, unterschieden sich die einzelnen Fälle sehr wesentlich durch den topographischen Sitz der Geschwülste in der Blase. G. zählt demnach einzeln a. Geschwülste des Trigonum und der Gegend des Orific. int. urethrae; b. Geschwülste des Blasenscheitels; c) Geschwülste, welche die ganze Blase einnehmen, worunter natürlich die der Scheitelgegend operativ am besten anzugreifen sein werden. Im ganzen sind auch hier aber erfreuliche Resultate erzielt, die Kranken durchgängig von ihren hochgradigen Beschwerden befreit und ihr Zustand dauernd gebessert, auch dann, wenn der Schnitt eine bleibende, aber oft nur geringfügige Blasenfistel hinterließ. Cystoskopische Untersuchungen sind übrigens niemals gemacht, teils weil solche des vorhandenen schweren Krankheitszustandes der Blase wegen unmöglich gewesen waren, teils weil auch die Diagnose schon durch die Urinbeschaffenheit und die Resultate der Blasensondierung sicher genug zu stellen war. Außer den die klinischen Daten kurz zusammenstellenden Tabellen sind auch einige Krankengeschichten in eingehenderer Ausführlichkeit mitgeteilt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) **L. Görl.** Spontanzertrümmerung eines Blasensteins.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 14.)

Der Blasenstein war bei dem stark fettleibigen 57jährigen Manne cystoskopisch als ein leicht höckriger, roter Harnsäurestein von 2 zu 1 cm Größe festgestellt worden und zerfiel im Laufe einer Entfettungskur des Pat. bei täglichem Genuß von 2 Liter lithionhaltigen Mineralwassers in zwei kleine Konkremente, die spontan entleert wurden; die Blase wurde danach cystoskopisch frei von jeglichem Stein gefunden.

Kramer (Glogau).

48) **Engel** (Kairo). Zur Frage der traumatischen Albuminurie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. p. 217.)

Unter Hinweis auf den von Edlefsen in einem Aufsatze: Nierenquetschung oder Nierenentzündung (Referat s. d. Zentralblatt 1902 p. 554) besprochenen Fall teilt Verf. einen Fall von leichter und nur einmal nach einem Trauma auftretender Eiweißausscheidung mit:

Ein 22jähriger Mann stürzt vom Pferde, fällt zunächst auf die Hände, dann aber im Rückprall mit der rechten hinteren, unteren, seitlichen Thoraxhälfte gegen

eine Art Prellmauer. Er fühlt nur mäßigen Schmerz, Druck, Spannungsgefühl in der rechten unteren Brust- und Bauchseite. Objektiv ist hier nichts nachweisbar, dagegen findet sich eine beträchtliche Menge Eiweiß und eine geringe Zuckermenge im Urin; mikroskopisch keine roten Blutkörperchen, keine Formbestandteile. — Bei späteren Untersuchungen konnte niemals mehr Eiweiß nachgewiesen werden, dagegen fanden sich noch Spuren von Zucker 4 Wochen nach der Verletzung.

Diese Glykosurie und die einmalige Eiweißausscheidung führt E. auf eine beim Falle zugezogene Nierenquetschung zurück und erklärt durch sie auch die Schmerzen. Da nach einem solchen Trauma ohne die geringste Spur Blut vorübergehend Eiweiß auftreten kann, soll man bei jeder Verletzung, die eine stärkere Erschütterung und Quetschung des Bauches unter dem Thorax, ja auch nur eine heftige Kontraktion der Bauchmuskulatur veranlaßte, den Urin sorgfältig untersuchen. E. glaubt, daß dann derartige Albuminurien häufiger als bisher beobachtet werden. **Langemak** (Rostock).

49) **O. Seitz.** Beitrag zur Cystennierenexstirpation. (Aus der Univ.-Frauenklinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 12.)

Die Geschwulst reichte so tief herab, daß ihr unterer Pol vom Douglas aus noch zu tasten war, und imponierte als multilokuläres glanduläres Ovarialkystom. Bei der Operation gelang es, nach teilweiser Entleerung, die mächtige Geschwulst vollständig auszuschälen und zu entfernen; der verkürzte, nicht dilatierte Harnleiter mündete in sie in der Höhe des Promontorium ein, mit welchem die Cyste verwachsen war. Heilung. — Die Geschwulst bestand aus zahlreichen Cysten, deren Anordnung auf dem Durchschnitt noch ungefähr die Bohnenform der Niere erkennen ließ; in einigen kleinen Cysten fanden sich Konkremente, in anderen myxomatöse Massen oder hämorrhagisch-seröse Flüssigkeit. — Die Urinmenge war nach der Operation die gleiche wie vor der Exstirpation der nirgends bösartige Degeneration zeigenden Geschwulst, so daß wahrscheinlich schon lange die Niere nicht mehr funktioniert hatte. **Kramer** (Glogau).

50) **P. G. Woolley.** Adrenal tumors.

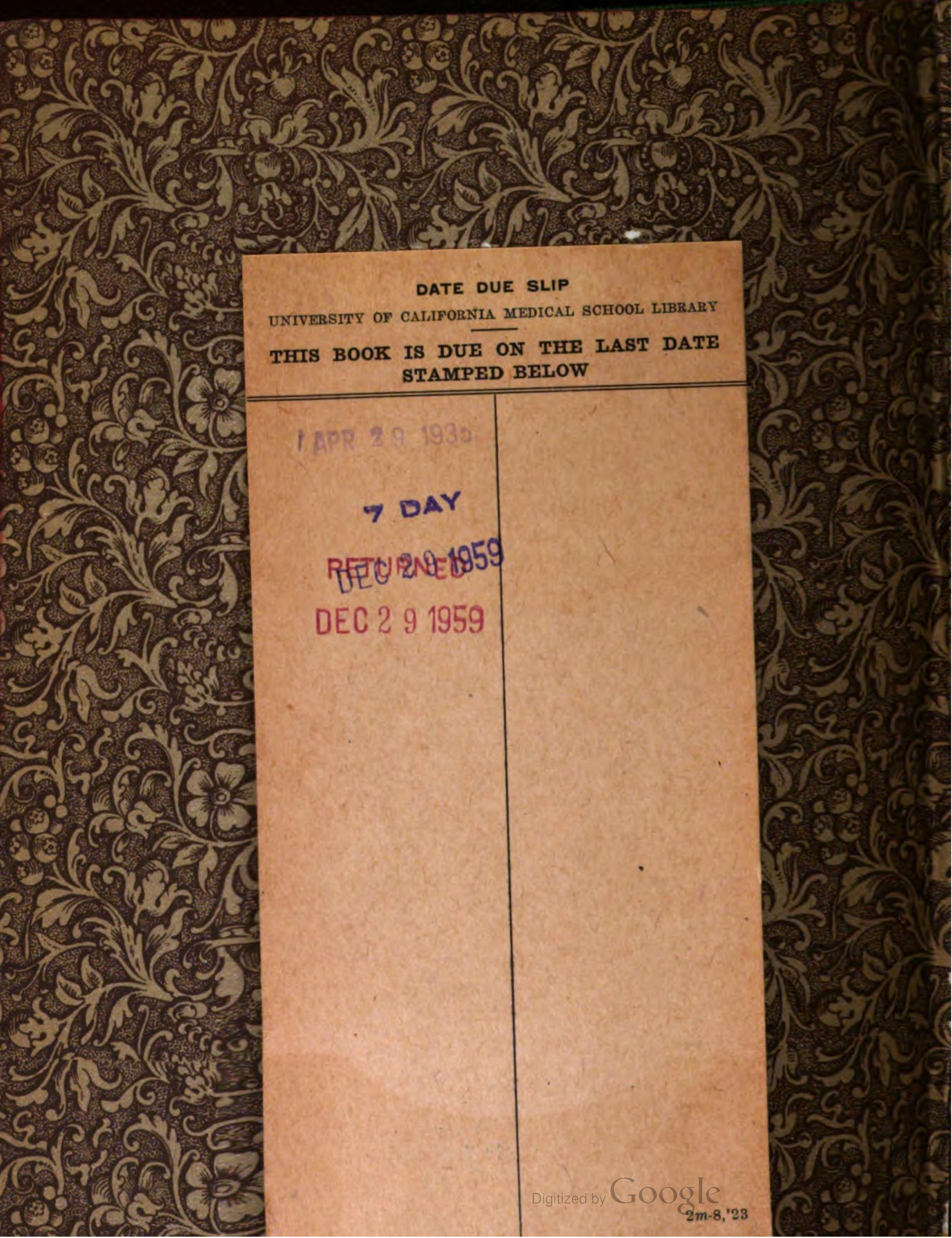
(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Januar.)

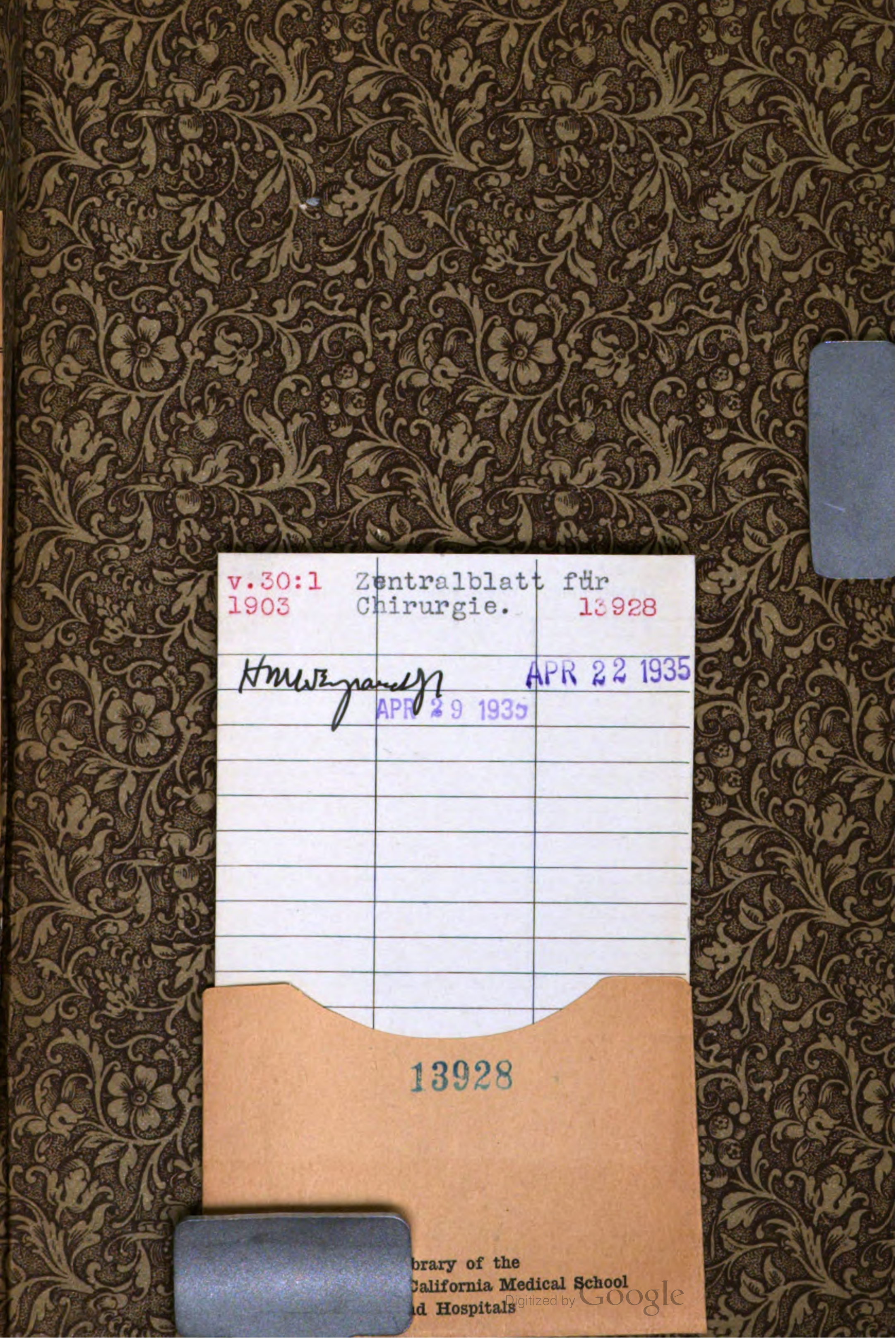
Statistik und Kritik der bis jetzt beobachteten Nebennierengeschwülste. Zu den gutartigen gehören Fibrome, Lipome, Gliome, Neurome, Häm- und Lymphangiome. Die Fibrome sind meist Fibroadenome, die Lipome erklärt W. als Adenome mit fettiger Degeneration, die Neurome sind nach seiner Ansicht Fibrome. Gliombildung ist nur von Virchow und Marchand beschrieben. Adenome überwiegen also bei weitem, beginnen entweder klein, multipel in Mark und Rinde oder gehen als große solitäre Geschwülste von der Rinde aus, sind oft doppelseitig und bilden vorspringende Knoten, welche jedoch nie das ganze Organ einnehmen. Beschreibung eines cystischen Fibroadenoms. — Angiome sind sehr selten.

Unter den bösartigen Geschwülsten sind Karzinome, Sarkome, Endo- und Peritheliome, letztere äußerst selten, zu unterscheiden. Erstere beiden entstehen in einer der Rindenschichten, wachsen umschrieben und infiltrierend; die Karzinome metastasieren besonders in Leber und Lungen. — Tabellarische Zusammenstellung von 22 primären Karzinomen. **Bender** (Leipzig).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.




v.30:1 Zentralblatt für
1903 Chirurgie. 13928
APR 22 1935
APR 29 1935
13928
brary of the
California Medical School
d Hospitals
Digitized by Google